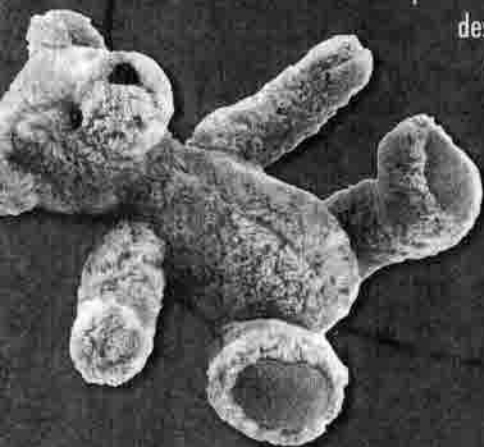




A criança entende o que
é a morte? Fica enlutada? Como
ela vivencia a perda de um ente querido?
Como ajudá-la a enfrentar esta difícil situação?

Este livro é destinado a profissionais e estudantes das áreas
da saúde, educação e social, que trabalham com a criança
enlutada e sua família. Traz contribuições teórico-práticas a
respeito da vivência de perdas na infância, em uma perspectiva
preventiva e terapêutica. Estas práticas,
desenvolvidas em escolas, hospitais,
consultórios psicológicos, capelas
funerárias e casas abrigo são
ferramentas importantes que
ajudam a criança
a encontrar significado
para o que aconteceu e
elaborar o luto.



Livros Pleno

CL 35

Luto na Infância



Luciana Mazurro e Valéria Tinoco (orgs.)



Luto na Infância

Intervenções Psicológicas em Diferentes Contextos



Livros Pleno



Luto na Infância



LUTO NA INFÂNCIA

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM DIFERENTES CONTEXTOS

LUCIANA MAZORRA E VALÉRIA TINOCO (ORGS.)

LUTO NA INFÂNCIA

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM DIFERENTES CONTEXTOS

4 Estações Instituto de Psicologia
CRP/SP - PJ 2532

CNPJ: 05192913/0001-70
Rua Caçapava, 130, Jardim Paulista
01408-010 - São Paulo/SP

EDITORA LIVRO PLENO

2005

LUTO NA INFÂNCIA
INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS EM DIFERENTES CONTEXTOS

Conselho editorial
Douglas Marcondes César
Glauci Estela Sanchez

Coordenação editorial
Douglas Marcondes César

Capista: Luciana Mazzocco
Diagramação: Leila Arruda

Editora Livro Pleno
Telefax: (0 XX 19) 3243.6441 / 3243.2275
E-mail: contato@editoralivropleno.com.br
www.editoralivropleno.com.br

SUMÁRIO

Sobre as Organizadoras	07
Sobre as Autoras	09
Apresentação	11
Prefácio	13
Capítulo 1 • Luciana Mazzorra O Luto na Infância	17
Capítulo 2 • Luciana Mazorra A Fantasia e o Processo de Elaboração do Luto da Criança pela Morte do Genitor	35
Capítulo 3 • Marília F. Aguiar A Morte de Si Mesma: A Criança Gravemente Enferma.....	73
Capítulo 4 • Viviane Cristina Torlan Impacto do Luto em Crianças Hospitalizadas: O Trabalho na Clínica de Hematopediatria	91
Capítulo 5 • Ana Lúcia Naletto Morte e Luto no Contexto Escolar	111
Capítulo 6 • Ana Paula Reis da Costa • Rélim Angonese Hahn Intervenção com Crianças no <i>Setting</i> Funerário	127

Capítulo 7

• Valéria Tinoco

O Luto de Crianças Institucionalizadas em Casas de Abrigo 145

Capítulo 8

• Daniela Reis e Silva

Impacto do Luto na Criança: Uma Questão para a

Terapia Familiar Sistêmica 169

Capítulo 9

• Rélím Angonese Hahn

A Morte do Pai na Infância: Repercussão na Vida Adulta 201

Outros recursos para estudos e práticas com crianças enlutadas ... 223

Serviços especializados em atendimento ao enlutado no Brasil 225

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Luciana Mazorra é psicóloga (06/53780) pela PUC/SP, Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica pela mesma universidade. Formou-se como especialista em Psicoterapia e Clínica Psicanalítica pela Universidade Comillas, de Madrid. Participou de treinamento na Instituição inglesa Winston's Wish, que atende crianças enlutadas e suas famílias.

Iniciou seu trabalho clínico e de pesquisa na área do luto em 1996, como membro do LELu - Laboratório de Estudos e Intervenções sobre Luto - da PUC-SP. Desde então, vem desenvolvendo pesquisas científicas sobre o luto da criança e intervenções preventivas e terapêuticas com crianças enlutadas. Em sua dissertação de mestrado, *A criança e o luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor*, discorreu a respeito das fantasias da criança enlutada.

É membro do IPE - Intervenções Psicológicas em Emergências, coordenado pela Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco, desde sua fundação, em 1999, por meio do qual, realizou intervenções em desastres e situações traumáticas, oferecendo suporte psicológico para as vítimas.

Como membro fundadora do 4 Estações - Instituto de Psicologia, vem desenvolvendo atividade clínica, de atendimento psicológico a pessoas enlutadas, nos contextos clínico e institucional (intervenções em escolas, hospitais, empresas), e acadêmica, de treinamento e supervisão para profissionais das áreas da saúde, social e educação.

É co-autora do livro infantil *O dia em que o passarinho não cantou* (2000), Editora Livro Pleno e de outras publicações a respeito do luto.

luciana.mazorra@4estacoes.com

Valéria Tinoco é psicóloga (CRP 06/53670-7) e mestrande pela PUC-SP, onde atualmente desenvolve dissertação sobre tema relacionado a crianças e perdas.

O início de seu trabalho com perdas e luto se deu no ano de 1996, como pesquisadora e psicoterapeuta do Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto - LELu, coordenado pela Profa. Dra. Maria Helena Pereira Franco, do qual ainda é membro. Realizou pesquisas científicas sobre luto - incluindo a criança enlutada - e atendimento clínico a crianças, adultos e famílias enlutadas.

Foi membro do IPE - Intervenções Psicológicas em Emergências de 1999 a 2004, tendo participado de intervenções em situações traumáticas, dando suporte psicológico às vítimas envolvidas.

É sócia-fundadora do 4 Estações - Instituto de Psicologia onde desenvolve atividades de atendimento psicológico a enlutados; ensino e treinamento a profissionais que trabalham com perdas e luto; suporte a escolas e empresas que vivenciam situações de perda; outras atividades ligadas ao estudo e educação para a morte, perdas e luto.

É uma das autoras do livro infantil *O dia em que o passarinho não cantou* (2000), Editora Livro Pleno e de outras publicações na área.

valeria.tinoco@4estacoes.com

SOBRE AS AUTORAS

ANA LUCIA NALETTO

Psicóloga Clínica e Escolar (CRP 06/38971), atuando há 12 anos na área educacional, especializada em Psicologia Educacional pelo Conselho Regional de Psicologia e em Psicologia da Infância pelo GEPPPI, coordenadora de projetos educacionais do Centro de Psicologia MAIEÚTICA.

al.naletto@uol.com.br

ANA PAULA REIS DA COSTA

Psicóloga clínica graduada pela Universidade de Caxias do Sul (CRP 07/11219). Aprimoramento na Área de Luto pelo 4 Estações - Instituto de Psicologia. Fundadora da Clínica LUSPE (Luto, Separações e Perdas). Coordenadora do Grupo de Pais Enlutados - Campanha Vida Urgente - Núcleo Luciana Rotta.

luspe.clin@ig.com.br

DANIELA REIS E SILVA

Psicóloga (CRP 11294/04), especialista em Psicologia Clínica, Psicologia Hospitalar e Medicina Psicossomática, terapeuta familiar, membro fundador e titular da Associação de Terapia Familiar do Espírito Santo (ATEFES).

drsilva@terra.com.br

MARÍLIA F. AGUIAR

Psicóloga (CRP 04/4723); mestranda em Psicologia Clínica, pela PUC/SP; Presidente da Diretoria Auxiliar da SOTAMIG - Sociedade de Tanatologia de Minas Gerais; Co-cordenadora do Curso Anual de Tanatologia e dos Encontros em Tanatologia da SOTAMIG.

mariliaaguiar@uaivip.com.br

RÉLIM ANGONESE HAHN

Psicóloga clínica graduada pela Universidade de Caxias do Sul (CRP 07/11884). Aprimoramento na Área de Luto pelo 4 Estações - Instituto de Psicologia. Sócia da Clínica LUSPE (Luto, Separações e Perdas). Psicoterapeuta da CATHEF (Centro de Abordagens Terapêuticas Humanista, Existencial e Familiar). Coordenadora dos Voluntários da Cruz Vermelha - Caxias do Sul. Coordenadora do Grupo de Jovens Enlutados - Campanha Vida Urgente - Núcleo Luciana Rotta.

relin@brturbo.com.br

VIVIANE CRISTINA TORLAI

Psicóloga (CRP 06/59224), especialista em Psicologia Hospitalar pelo Nêmeton/CEPPS Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde/ Hospital Brigadeiro, Psicopedagoga, Psicóloga Assistente das Unidades Pediátricas do Hospital Brigadeiro, Professora do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar do Hospital Brigadeiro e Hospital do Servidor Público Municipal, Professora do Curso Introdutório em Psicologia e Pediatria do Hospital Brigadeiro e HSPM, Psicóloga Plantonista do Programa de Assistência Psicológica (PAP System) prestados pelo Nêmeton/CEPPS junto à Care Plus Assistência Médica, Integrante do Grupo IPÊ (Intervenções Psicológicas em Emergência) coordenado pela psicóloga Maria Helena Pereira Franco.

viviane.torlai@estadao.com.br

APRESENTAÇÃO

Neste livro, mais uma vez se vê o resultado de um trabalho bonito de crescimento pessoal e profissional. As organizadoras, Luciana Mazorra e Valéria Tinoco, têm sido incansáveis no percurso dos estudos sobre o luto e, em particular, do luto infantil. Destaca-se o cuidado de ambas em fazer seu trabalho estar próximo da realidade e, mais do que isso, influir na realidade, uma vez que não se contentam em pesquisar e buscam vias de expressão para o conhecimento adquirido.

Tenho o privilégio de acompanhá-las nesse percurso. Convidei-as a vir comigo em um sonho e daí nasceu o 4 Estações Instituto de Psicologia, que já foi decorrência do outro sonho, do qual elas participam desde o início, que foi o Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto - LELu, da PUC-SP. Nestes anos de convivência, naturalmente tivemos sangue, suor e lágrimas, mas também muitas alegrias e satisfações. Ter um trabalho consolidado e respeitado é o maior motivo dessa alegria e dessa satisfação e, sem dúvida, Luciana e Valéria contribuíram enormemente para isso.

Quero destacar algo que valorizo muito no trabalho de ambas e que neste livro está presente, de maneira clara: a capacidade que ambas têm de equilibrar suas virtudes e suas dificuldades, considerando o que há de essencial em cada uma. Elas estão - quase - sempre juntas, mas são - quase - sempre individualizadas. Confundem-se e especificam-se.

Este livro mostra isto também: o jeito Luciana de ser e o jeito Valéria de ser. Estivemos juntas dando assistência a vítimas

de acidentes aéreos, em situações de ensino, de escrever livros e projetos, de realizá-los e avaliá-los. Em situações de intenso sofrimento humano, nas quais foi possível encontrar em pessoas tão jovens uma maturidade inesperada (somente para o cego!). Em encontros muito felizes, quando pudemos reafirmar nossa parceria.

Tratar do luto na infância e de como a criança constrói uma realidade de mundo, sabendo de sua mortalidade e da mortalidade daqueles a quem ama nos remete ao nosso ofício de encontrar a criança enlutada dentro de nós. Ela está lá (aqui), silente grande parte das vezes. Assustada, outro tanto. Mas viva e pulsante. A criança enlutada, mais do que o adulto, nos ensina a ouvir e a ver, pois ela necessita que nos aproximemos para captar seu código para comunicar o que lhe vai no âmago e pede, acima de tudo, que seja entendida e tratada como um ser enlutado, não como uma criança que "não sabe o que está acontecendo". Esta atitude apenas encobre a dificuldade do adulto em falar sobre vida e morte com a criança, porque esse diálogo pode fazer soar, no adulto, os inúmeros monólogos daquela criança enlutada que ele foi e é, e todos nós fomos e seremos. Não importa a idade. Não importa quantos lutos venhamos a viver.

A leitura deste livro levará o leitor a uma viagem nem sempre em terreno plano e livre de percalços. Mais do que a chegada, como ocorre em todas as viagens (e experiências) transformadoras, a beleza estará no caminho. Convido o leitor a fazer esse caminho, considerando a criança dos três tempos – passado, presente e futuro –, quando entrar em contato com os temas abordados com delicadeza e, ao mesmo tempo, seriedade pelas autoras, coordenadas por Luciana Mazorra e Valéria Tinoco.

Maria Helena Pereira Franco

PREFÁCIO

A criança que passa por uma experiência de perda, em decorrência da morte ou doença de um ente querido, separação dos pais, doença de si mesma e abandono, pode vivenciar uma gama de sentimentos e reações muito intensos e difíceis, que são característicos do processo de luto. Por se tratar de uma situação que evoca emoções de tal intensidade e diversidade, muitas vezes a criança não possui recursos disponíveis de enfrentamento, o que pode caracterizar esta vivência como traumática.

Sensação de insegurança, de abandono, medo de perder outro ente querido, raiva, culpa, fantasia de que foi responsável pela perda são alguns dos sentimentos, fantasias e reações que podem estar presentes nesta vivência, que exige a elaboração de um processo de luto para sua significação e integração à vida.

A elaboração das perdas contribui para o bom desenvolvimento da criança e atua como fator de proteção no enfrentamento de novas situações de perda. Por outro lado, a não elaboração de uma experiência como esta pode funcionar como fator de risco para o desenvolvimento emocional, cognitivo e relacional na infância e na vida adulta.

A intervenção psicológica junto à criança enlutada e sua família é uma ferramenta importante que os auxilia na expressão e compreensão dos sentimentos e reações envolvidos, na aceitação da realidade da perda e na busca de recursos de enfrentamento. Estas práticas, desenvolvidas em escolas, hospitais, consultórios psicológicos, capelas

funerárias, casas abrigo e outras instituições que trabalham com a criança enlutada, podem ser preventivas ou terapêuticas e ser de caráter educativo ou psicoterapêutico.

É importante que os pais, professores e demais profissionais que trabalham com a criança conheçam a respeito do processo de luto na infância e a compreensão que ela tem da morte nas diferentes fases de desenvolvimento cognitivo e emocional para que possam compreender suas reações, prover apoio, continência e procurar ajuda especializada quando necessário.

Este livro começou a ser confeccionado em outubro de 2004, quando aconteceu a III Jornada Paulista sobre Luto promovida pelo 4 Estações - Instituto de Psicologia, em sua sede. Esta jornada funcionou de acordo com o modelo de "grupos de trabalho" (work groups). Este modelo consiste em reunir profissionais com experiência de trabalho em determinada área científica com o intuito de discutir teorias e práticas e gerar conhecimento.

Profissionais que trabalham com crianças enlutadas reuniram-se no grupo "A criança e a morte: produzindo conhecimento sobre as especificidades do luto na infância" no qual intercambiaram suas experiências de pesquisa, atuação clínica, organizacional, hospitalar e educacional. O grupo considerou muito rica sua diversidade no que se refere à experiência de atuação com a criança que vivencia situações de perda, evidenciando a importância de atentarmos para as possíveis demandas de intervenção psicológica.

Apresentar sob a forma de um livro as experiências compartilhadas pareceu-nos de grande importância para que outras pessoas tenham contato com esta diversidade e ampliem os recursos oferecidos para a criança enlutada e sua família. Considerando-se que no Brasil ainda é escassa a produção científica a respeito do luto e, mais ainda, do luto da criança, pretendemos também incentivar a comunicação entre profissionais e estudantes das áreas da saúde, educação e social, que trabalhem ou pretendam trabalhar neste campo.

No primeiro capítulo, *Luto na infância*, Luciana Mazorra, traz uma revisão teórica sobre o luto vivido neste momento do

ciclo vital e suas especificidades. Discute a compreensão que a criança tem da morte; o momento em que estabelece o vínculo e experiencia o luto pela perda de um ente querido; reações, sentimentos e sintomas que caracterizam seu processo de luto e recursos de elaboração.

Em *A fantasia e o processo de elaboração do luto da criança pela morte do genitor*, a mesma autora apresenta estudo sobre a relação da fantasia e o processo de elaboração da perda, discutindo os fatores que atuam na configuração das fantasias e sua associação ao processos de evolução do luto. A apreensão do modo como a criança significa a perda de um ente querido, permite a compreensão de suas angústias, comportamentos e sintomas.

No capítulo *A Morte de si mesma: a criança gravemente enferma*, Marília F. Aguiar tece considerações a respeito da elaboração dos lutos da criança pelas perdas envolvidas no processo de uma doença grave e morte, trabalhando com os importantes conceitos de cuidados paliativos e luto antecipatório. Estas considerações são ilustradas com a percepção da própria criança a respeito da morte próxima.

No capítulo seguinte, intitulado *Impacto do luto em crianças hospitalizadas: o trabalho na clínica de hematopediatria*, Viviane Cristina Torlai traz reflexões a respeito das perdas vividas pela criança com câncer que está hospitalizada e apresenta estratégias de atendimento psicológico desenvolvidas especialmente para a facilitação da vivência do luto diante das várias perdas envolvidas na situação de hospitalização, doença e morte.

No capítulo *Morte e luto no contexto escolar*, Ana Lúcia Naletto fala a respeito do trabalho da escola diante de situações de morte vividas pela instituição. Ressalta a necessidade de que a escola esteja preparada para lidar com situações de perda e morte, conhecendo o processo de luto da criança e como intervir nestas situações. Suas contribuições são muito úteis para o profissional da área da educação.

Ana Paula Reis da Costa e Rélim Angonese Hahn relatam suas experiências de trabalho com a criança e a família enlutada

numa capela funerária no capítulo *Intervenção com crianças no setting funerário*. A inserção do trabalho psicológico neste contexto ainda é pouco explorada no país, o que faz ressaltar a importância deste capítulo.

Em *O luto da criança institucionalizada em casas abrigo*, Valéria Tinoco apresenta reflexões a respeito da criança que passa por uma situação de abandono e é institucionalizada em casas abrigo, destacando a importância da percepção de que esta criança vive um processo de luto. Discute sobre fatores de risco e fatores de proteção ligados à institucionalização e aponta ações que podem colaborar para a elaboração do luto.

A seguir, no capítulo *Impacto do luto na criança: uma questão para a terapia familiar sistêmica*, Daniela Reis e Silva, discute o impacto da morte no contexto familiar para a criança e suas repercussões na vida adulta. Traz contribuições da terapia familiar sistêmica para a compreensão e favorecimento do processo de luto da criança e sua família. Aponta a importância de atuar preventivamente, identificando as famílias que necessitam de cuidado após a perda de um membro, e de forma terapêutica, intervindo com o adulto que apresenta lutos não elaborados, vividos na infância.

Finalizando o livro, em *A morte do pai na infância: Repercussões na vida adulta*, Rélim Angonese Hahn faz um relato de sua pesquisa realizada com jovens, do sexo feminino que haviam perdido o pai na infância. Apresenta suas reflexões a respeito da construção de significado desta vivência.

Como pode-se observar trata-se de um livro que ilustra a diversidade na atuação com a criança enlutada, abrindo espaço para novos caminhos, ressaltando a importância da Educação para a Morte.

Luciana Mazorra e Valéria Tinoco

CAPÍTULO 1

O LUTO NA INFÂNCIA*

LUCIANA MAZORRA

A mamãe veio brincar comigo. (E o que vocês conversaram?) Perguntei onde ela mora. Ela disse que no céu tem castelos de todas as cores. O meu, o castelo da minha mãe, é vermelho com o telhado de ouro. É lá que nós moramos. (Você mora aqui. Por que diz estas besteiras?) À noite eu moro com minha mãe e de dia eu moro aqui. Mas eu prefiro à noite.

Ponette, quatro anos, que presenciou a morte da mãe em um acidente de carro, conversando com o primo Mathias, quatro anos, em trecho do filme Ponette, de Jacques Doillon.

A criança percebe e compreende a morte? É capaz de sentir pesar e enlutar-se? A partir de que idade está apta a elaborar o luto? Qual a natureza do objeto que evoca o luto? Pode elaborar o luto de modo saudável? Seu enlutamento é igual ao experienciado pelo adulto? Como se apresenta o processo de luto da criança?

Estas são questões bastante controversas e vêm sendo discutidas principalmente ao longo dos últimos quarenta anos.

* Este capítulo foi baseado na Dissertação de Mestrado "A criança e o luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor", PUC-SP, São Paulo, 2001.

Sua discussão é de grande importância para que se amplie o conhecimento a respeito da vivência do luto na infância e, não somente os profissionais de saúde e educação, mas toda a comunidade possa compreender as necessidades da criança neste momento.

A CRIANÇA PERCEBE E COMPREENDE A MORTE?

Há discordância entre os autores no que tange à possibilidade de a criança compreender o conceito de morte. Enquanto alguns pesquisadores pensam que, antes dos dois anos de idade, a criança não tem nenhuma compreensão de morte, Adah Maurer (1974), apud Torres (1999), propõe que, anterior a esta idade, a criança intui a morte por meio de sua experiência do dormir e acordar, que permite a percepção do "ser" e do "não ser" como diferentes estados de existência.

Tendo em vista que, nesta fase, a criança não tem o conceito de tempo linear, vivencia a separação temporária como definitiva, sendo, então, traumática para ela a ausência de uma pessoa significativa (Torres, 1996).

Diversos autores (Bromberg, 1994; Torres, *idem*, 1999; Beckmann, 1990; Wolf, 1975), partindo de uma visão piagetiana de desenvolvimento, apontam que a compreensão infantil da morte se dá em estreita relação com o desenvolvimento cognitivo da criança.

Segundo estes autores, na etapa pré-operacional, a criança percebe o mundo por meio de uma fusão da realidade objetiva e subjetiva e tem uma percepção animista, pré-causal e pré-temporal da morte. Compreende tal fenômeno como temporário e reversível, acreditando que há medidas que podem ser tomadas para evitar definitivamente a morte; atribui vida à morte, pois não pode apreender os conceitos de irreversibilidade, universalidade e não-funcionalidade da morte.

Na etapa operacional concreta, há uma diminuição do egocentrismo, do pensamento mágico e da fusão do mundo externo e interno, sobrepondo-se o pensamento causal e temporal. Na medida em que a criança passa a entender a causalidade, não-

funcionalidade, irreversibilidade e universalidade da morte, atinge um conceito de morte semelhante ao do adulto e pode compreender a própria mortalidade. Segundo Torres (1999), a passagem do período pré-operacional para o operacional concreto ocorre por volta dos sete anos de idade.

Com o desenvolvimento das operações formais, o conceito de morte torna-se mais abstrato, e o adolescente é capaz de elaborar teorias a respeito da morte e deparar-se com este fenômeno em termos existenciais (Torres, *idem*). Em função da angústia que esta maior proximidade com a questão da morte provoca, tenta negar a própria mortalidade, desafiando seus limites, muitas vezes colocando a vida em risco (Esslinger e Kovács, 1999).

De acordo com Torres (1996), as pesquisas sobre os efeitos da perda na conceituação da morte apresentam resultados diversos: algumas apontam que crianças que vivenciam experiências de perda compreendem a irreversibilidade e finalidade da morte antes do esperado para sua etapa de desenvolvimento e outras não encontram tal relação. Em nossa experiência clínica, encontramos que crianças que perderam um ente querido parecem se dar conta da possibilidade da própria morte prematuramente.

O PESAR E O LUTO DA CRIANÇA: A CRIANÇA SENTE A PERDA E FICA ENLUTADA?

Freud, em "Luto e Melancolia" (1917 [1915]) [1996]), descreve o luto como um trabalho que o ego tem de realizar para adaptar-se à perda do objeto amado, frente à percepção propiciada pelo teste de realidade de que este foi perdido.

A elaboração do luto foi descrita na teoria psicanalítica, como um processo de identificação com o objeto perdido, retirada gradual do investimento libidinal neste objeto e investimento libidinal, em novos objetos. Este processo não implica o desligamento total do objeto perdido, tendo em vista que a ligação com o objeto interno permanece e é ressignificada

durante o trabalho de luto. É este trabalho de resignificação, de transformação da relação com o objeto perdido, que permite a elaboração do luto.

Como bem apontam Laplanche e Pontalis (2000), o conceito de "trabalho de luto" é bastante inovador na compreensão do enlutamento. Anteriormente visto, em especial pelo senso comum, como uma atenuação espontânea e progressiva da dor desencadeada pela perda de um ente querido, é descrito por Freud, como um processo elaborativo que depende da atividade do sujeito e pode ser, ou não bem sucedido. Constitui uma forma de elaboração psíquica: a ligação no aparelho psíquico de impressões traumatizantes, integração de excitações e estabelecimento de conexões associativas entre elas.

Segundo Bowlby (1993), muitos autores (Abraham, Spitz, Jacobson e Sullivan, Anna Freud) reconhecem que a criança de até dois anos sente pesar, mas negam que ela possa enlutar-se, alegando que seria incapaz de elaborar a perda de modo saudável.

Bowlby (1960, 1993) define pesar (*grief*) como a aflição experimentada pela pessoa que perde um ente significativo, a sequência de estados subjetivos que acompanham o enlutamento. O luto (*mourning*) é considerado o trabalho psíquico de elaboração desta perda, independentemente de seus resultados serem favoráveis, ou não.

Partindo destas definições, pensamos que o pesar e o enlutamento denotam duas faces de um mesmo processo e se dão simultaneamente, com a eventualidade de uma perda significativa. Portanto, parece-nos equivocado afirmar que a criança é capaz de sentir pesar, mas não de enlutar-se.

A questão seria, então, saber quando a criança está apta a sentir a perda de um objeto amado e tentar elaborá-la. Quando dizemos "tentar elaborar a perda", estamos de acordo com Bowlby (*idem*); pensamos que o termo luto não deve ser empregado exclusivamente ao curso bem sucedido da resposta à perda.

Tendo em vista que o processo de luto tem seu início em função da relação do sujeito com um objeto amado e da percepção

do ego de que este foi perdido, para que o sujeito possa enlutar-se, é necessário que tenha condições de reconhecer o objeto, enquanto tal e perceber que este foi perdido.

Para Anna Freud (1936), apud Bowlby (1960), até dois anos, a criança não é capaz de enlutar-se realmente, já que, de acordo com sua teoria do desenvolvimento do ego, ela não poderia aceitar o princípio de realidade, ou efetuar mudanças no mundo interno, sendo governada somente pelo princípio do prazer. Portanto, para a autora, até esta idade, a criança não seria capaz de enlutar-se, pois não estaria psiquicamente madura, para realizar o trabalho do luto.

De acordo com Klein (1970), a criança estabelece relações de objeto desde o início de sua vida, e seu ego está presente a partir de então, ainda que de modo não integrado. Nos primeiros meses de vida da criança, quando sua mente funciona de acordo com a posição esquizo-paranóide, estas relações são parciais, ou seja, ela ainda não pode relacionar-se com sua mãe (ou outra pessoa que exerça a função materna), enquanto um objeto total e separado dela mesma, não distinguindo mundo interno e externo.

Com o estabelecimento da posição depressiva, por volta do sexto mês de idade, a criança introjeta o objeto amado, integrando-o em seus aspectos bons e maus, e passa a apreendê-lo como um objeto total; o objeto pode ser amado como um todo, e a criança se ressentida das separações, vivendo intensamente o pesar e a angústia de perda. Culpa-se pelos ataques que dirige ao objeto, quando o sente como frustrador e mau, e tenta reparar os danos que imagina ter feito (ou que realmente fez) ao objeto amado, por medo de perdê-lo (Klein, *idem*).

Para Winnicott (1994), *o ego imaturo não pode lamentar a perda, não pode sentir o luto*. (*idem*, p.139) A capacidade para o luto indica maturidade no sujeito que só é atingida após o estabelecimento da posição depressiva, proposta por Klein. O autor (*idem*, 2000) considera este termo inadequado para um processo normal e denomina-o estágio do concernimento.

Bowlby (1993) afirma que mesmo bebês e crianças pequenas podem sentir pesar e enlutar-se frente à perda de

uma pessoa amada. Tendo em vista o conceito de permanência objetal, desenvolvido por Piaget e suas observações de crianças separadas de suas mães, aponta que o apego da criança a uma figura materna diferenciada se desenvolve entre o quarto e o sétimo mês de vida - período que coincide com o início do estabelecimento da posição depressiva para Klein. A partir desta idade, a criança mostra intensa aflição e elementos de procura, quando a figura de apego está ausente, o que revela que tal figura já está altamente discriminada e que a criança sente pesar em situações de separação.

Spitz (1988) descreve reações de crianças entre o sexto e o oitavo mês de vida, separadas de suas mães por um período superior a três meses, sem que houvesse substituição adequada. O autor aponta a existência de dois tipos de doenças de carência afetiva do bebê, resultantes da ausência física da mãe, em função de sua morte, doença ou hospitalização da criança; ou seja, a etiologia de tais distúrbios dever-se-ia à separação da criança de sua figura de apego.

De acordo com Spitz (idem), a depressão anaclítica é o quadro clínico decorrente da privação parcial do bebê e caracteriza-se pelas seguintes reações: tristeza, choro, perda de contato, retraimento, perda de apetite e insônia. Contanto que a separação não persista por muito tempo, com o retorno da mãe, há a recuperação completa da criança. No entanto, caso a separação se prolongue por um período superior a cinco meses, a criança apresenta o quadro clínico de hospitalismo, sucedendo-se aos sintomas de depressão anaclítica, um declínio progressivo do quociente de desenvolvimento.

Spitz (idem) acrescenta que a condição para o estabelecimento de uma depressão anaclítica é uma boa relação prévia com a mãe, o que indicaria a existência de um vínculo do bebê com sua mãe.

Bowlby (1960) aponta que Spitz (1946) se referiu ao fenômeno que estava descrevendo como luto. Mais tarde, porém, rejeita a visão de que tal fenômeno se configura como luto, chamando-o de depressão anaclítica, considerada uma depressão

patológica. Isto se deve ao fato de que ponderou que a criança não seria capaz de superar o luto, sofrendo de uma depressão.

Bowlby (1960) discorda desta posição de Spitz, tendo em vista que as reações descritas para a depressão anaclítica são próprias ao enlutamento e que, com o reencontro com a figura materna a criança se recupera. Deste modo, para Bowlby (idem), o fenômeno descrito por Spitz é o luto que ocorre na criança que perde a mãe, após o estabelecimento do apego com a figura materna.

Portanto, estas reações não seriam, em si, patológicas. O quadro de hospitalismo, descrito por Spitz (1988), dever-se-ia a uma não possibilidade de elaboração do luto pela criança de seis a oito meses, sem a existência de uma figura substitutiva adequada que auxilie a criança neste processo.

De acordo com o que foi exposto, pensamos que, enquanto a criança não pode reconhecer seus objetos de amor, como sendo separados dela, na eventualidade da perda ou separação da mãe, sente que perdeu uma parte de si própria, mas não pode experimentar pesar e enlutar-se pelo objeto amado. Isto se daria por volta dos seis meses de idade, com o advento do estabelecimento da posição depressiva.

Resta-nos, então, a questão a respeito de quando a criança é capaz de elaborar a perda de um objeto amado, ou seja, a partir de que momento de seu desenvolvimento emocional e cognitivo estaria apta para tanto, e quais são as condições necessárias para que isto aconteça.

A PARTIR DE QUE IDADE A CRIANÇA É CAPAZ DE ELABORAR O LUTO?

Antes de tentarmos responder a esta questão, propomo-nos outra questão: o que significa a capacidade de elaborar o luto para a criança? Seria adequado partirmos do modelo adulto?

Klein (1996a) atesta que a criança que ainda não superou a posição depressiva, não conseguiu estabelecer a figura da mãe

dentro de si e, por isso, teme perdê-la interna e externamente. Winnicott (2000) acrescenta que, nos sujeitos em que esta posição está bem estabelecida, há presença de memórias de boas experiências e de objetos amados que permitem que o bebê possa suportar por mais tempo a ausência da mãe.

A perda de um ente querido, em função de seu falecimento, deve ser de bastante difícil elaboração para a criança que ainda não tem a posição depressiva bem estabelecida, tendo em conta a importância do objeto real para sua introjeção. Portanto, ter o objeto amado introjetado parece ser uma condição para a elaboração do luto, o que se daria com o estabelecimento completo da posição depressiva.

Bowlby (1979,1993), ao tentar responder se a criança é capaz de elaborar o luto, parece ter partido do modelo de luto do adulto. Tendo como base estudos cognitivos que apontam que, por volta dos seis meses a capacidade simbólica da criança é limitada, propõe que, somente aos dezesseis meses, poder-se-ia afirmar, com certeza, que a criança tem condições para elaborar o luto de modo saudável, como o adulto. É possível fazer esta uniformização, do que é considerado saudável para a criança e para o adulto?

Examinando as contribuições de Klein, Bowlby e Winnicott, autores de diferentes escolas que estudaram o tema do luto na infância, podemos pensar que, entre quatro e sete meses de idade, aproximadamente, a criança sente pesar e fica enlutada na ocasião de uma perda, ou separação de uma figura significativa. Embora sua capacidade simbólica seja limitada, haverá o desenvolvimento primitivo de processos psíquicos de elaboração. No entanto, somente a partir de dezesseis meses de idade, a criança teria mais recursos cognitivos e emocionais para elaborar o luto. Consideramos arriscado, no entanto, comparar este incremento de recursos emocionais da criança desta idade com a capacidade elaborativa do adulto, ponderando que o psiquismo da criança está em formação.

Do ponto de vista dos recursos cognitivos da criança, como expusemos anteriormente, Torres (1999) aponta que a criança

somente compreende a irreversibilidade da morte, quando atinge o modo de pensamento Operatório Concreto, por volta dos sete anos de idade. A maior dificuldade de compreender a irreversibilidade da morte pode dificultar o processo de elaboração da perda, na medida em que a criança pode esperar que a pessoa morta volte à vida.

A criança também está em processo de constituição de sua identidade e integração egóica. Para Freud (1921 [1996]), o aparelho psíquico se constitui pelas identificações do sujeito com os objetos que a ele são significativos ao longo de sua história. A constituição da identidade do sujeito se dá na relação com as figuras parentais, especialmente nos primeiros anos de vida.

Se a perda de um dos pais ocorre em um momento, em que a criança ainda depende, para a construção de sua identidade, destes modelos identificatórios, colocam-se duas questões:

É possível que se mantenha este processo identificatório sem a presença concreta da figura ausente?

Como se dá o processo de elaboração de luto, que implica uma identificação com o objeto perdido, tendo em vista que a criança, ao longo do processo de estruturação de sua personalidade, já está realizando um processo de identificação com as figuras parentais?

Segundo Arim (1988), a criança que perde um, ou ambos os pais tende a ficar particularmente comovida. Considerando-se que seu psiquismo está em formação, ela necessita dos pais como suporte narcisista, sustentação identificatória e figuras receptivas a seus movimentos pulsionais. Deste modo, a angústia diante da perda do objeto amado sustentador é intolerável para o ego imaturo, não autônomo, levando à utilização de poderosos mecanismos de defesa. Portanto, diante de uma realidade intolerável para o ego, surge a coexistência de duas atitudes psíquicas frente à mesma: enquanto uma a tem em conta, a outra a substitui por um desejo, que nega a existência da primeira, por meio do mecanismo de cisão.

Bowlby (1979,1993) aponta que, embora, na criança, as respostas à perda sejam muito similares às do adulto, também há diferenças reais entre seu luto e o do adulto, que interferem na elaboração. Na criança enlutada, os mecanismos de defesa de cisão e negação atuam de modo intenso e prematuro, e seu processo de luto, muitas vezes, segue um curso patológico¹, ou, aparentemente toma um curso desta natureza, quando comparado com as reações apresentadas por crianças mais velhas e adultos.

Segundo Scalozub (1998), toda criança tem dificuldade de elaborar a perda de um objeto amado - principalmente aquele do qual depende - e não somente aquela que está vivendo o momento de estabelecimento da posição depressiva. Isto porque seu psiquismo ainda está em desenvolvimento, e ela necessita das pessoas que garantem sua sobrevivência física e desenvolvimento emocional.

Em função de sua maior dificuldade cognitiva e emocional para significar a perda, a elaboração do luto vivido pela criança é processada ao longo da estruturação psíquica, em distintos momentos de sua vida, à medida que ela vai podendo significar o que viveu. O luto pode ser reativado, também, ao longo da vida, ao encontrar ressonância com conflitos do futuro desenvolvimento. Isto não compreenderia patologia, um luto

¹ Bowlby, assim como já havia feito Freud (1917 [1915] [1996]), utiliza o termo luto patológico para referir-se a um processo de luto que não teve um curso bem sucedido, em que a perda não pôde ser elaborada satisfatoriamente. Parkes (1965) classifica três tipos de luto complicado. No luto crônico, há um prolongamento indefinido do luto, com predomínio de tensão, inquietação e insônia; também podem ocorrer sintomas de identificação. O luto inibido é caracterizado quando sintomas do luto normal estão ausentes. No luto adiado, também há uma inibição das reações imediatas à morte, que são provocadas mais tarde por eventos que não teriam força para tanto. Autores mais recentes (Rando, 1993, Worden, 1998) que estudam o luto consideram inapropriado o termo luto patológico, por ser um termo que repete o modelo médico e por fazer uma diferenciação inflexível entre o que seria considerado "normal" e "não-normal" e sugerem o termo "luto complicado" para situações em que o luto não teve o curso esperado. Na vigésima conferência anual da Association for Death Educational and Counseling (Adec), em março de 1998, realizada em Chicago, EUA, este foi o termo utilizado pelos pesquisadores (ADEC, 1998).

adiado, mas sua elaboração, já que nenhum trauma na infância pode ser resolvido até que a criança cresça. (Sekaer, 1987, Scalozub, 1998, Worden, 1998).

Portanto, as crianças elaboram o luto; porém, têm um modelo próprio de elaboração, sendo equivocado impor-lhes o modelo adulto. Seu luto não é uma versão deficiente do luto do adulto. Tem características específicas, haja vista que a criança está em processo de estruturação de sua personalidade. (Sekaer, 1987, Worden, 1998)

Assim sendo, parece equivocado conceituar o luto da criança como saudável, ou complicado seguindo os mesmos padrões de diagnóstico utilizados para o luto do adulto, considerando-se que seu processo de elaboração não é contínuo; o que poderia ser avaliado como luto complicado para o adulto, pode ser o processo adequado para a criança.

O que pode ser considerado luto complicado não está bem definido para o adulto e muito menos para a criança. Embora a criança tenha um modelo próprio de elaboração do luto, pensamos ser importante encontrarmos critérios que nos mostrem que ela está caminhando no processo de elaboração da perda. Torna-se necessário tentarmos conhecer o luto da criança, partindo de sua vivência e não do modelo adulto de elaboração do luto, a fim de compreendermos melhor o processo de elaboração e identificarmos a necessidade de intervenção psicoterápica.

Tentaremos, a seguir, averiguar como usualmente se manifesta o luto na infância, para podermos discutir o que é comum neste processo.

COMO SE APRESENTA O PROCESSO DE LUTO DA CRIANÇA?

Ao observar a sequência de reações de crianças de doze meses a três anos, afastadas de suas mães e deixadas com estranhos, Bowlby (1960) descreveu três fases de enlutamento, similares às observadas no processo de luto do adulto.

A primeira reação observada nas crianças é a de protesto e dura cerca de uma semana; revela a ansiedade de separação, e o choro característico desta fase tem o propósito de reobtenção da pessoa amada. Segue a esta a fase de desespero, quando o anseio pelo retorno da mãe não diminui, mas há pouca esperança de que isto aconteça. O choro diminui, e a criança torna-se introspectiva e apática. O fato de estar mais quieta não significa que tenha esquecido o objeto perdido, mas, pelo contrário, que esteja altamente voltada em sua direção. Finalmente, há a fase de desapego da figura materna, observada em crianças de seis meses a três anos, afastadas da mãe por uma semana ou mais, sem que houvesse um substituto designado para seu cuidado.

Neste trabalho, Bowlby (idem) ainda não havia descrito a fase inicial do luto de entorpecimento, que acrescenta em um trabalho posterior (idem, 1979) e aponta que as respostas à perda parecem seguir a mesma seqüência em todas as vivências de luto, independentemente da idade do sujeito: entorpecimento, protesto, desespero e desligamento.

Bowlby (1993) propõe que em condições favoráveis, o luto da criança, assim como o do adulto, caracteriza-se pela tristeza e saudade e recordações persistentes da pessoa morta, reações acentuadas em reuniões de família e aniversários. No entanto, acrescenta que, comumente, crianças que vivenciaram a morte de um ente querido apresentam características muito semelhantes às observadas em adultos, nos casos de luto complicado. Estas são as seguintes: cuidado compulsivo com outras pessoas; anseio inconsciente pela pessoa perdida associado à auto-acusação consciente; euforia e despersonalização; descrença no caráter permanente da perda e sintomas de identificação (acidentes e queixas de problemas de saúde semelhantes ao do morto).

Segundo o autor (idem), isto se deve ao fato de que a criança, como exposto anteriormente, assim como o adulto que vivencia luto complicado, diante da notícia da morte de um ente querido, tem os mecanismos de defesa atuando de modo mais intenso e prematuro do que seria esperado em um processo de luto considerado saudável.

Em se tratando da sintomatologia apresentada pela criança enlutada, segundo Weller e colaboradores (1988) apud Weller e Weller (1992), crianças recentemente enlutadas apresentam sintomas depressivos como: disforia, perda de interesse, tristeza, culpa, desempenho escolar diminuído, retardo psicomotor, ideação mórbida, mais freqüentemente que crianças não enlutadas. No entanto, sentimentos de culpa/autodepreciação, fadiga, sintomas de ansiedade, sintomas somáticos, problemas de conduta, enurese e encoprese são menos comuns em crianças enlutadas do que em crianças deprimidas.

Crianças enlutadas, acompanhadas durante um, seis e treze meses após a morte parental, revelaram maior intensidade de quase todos os sintomas um mês após a perda. Entre os sintomas avaliados, nove foram apresentados por mais de 40% das crianças durante o primeiro mês, após a morte: dificuldades no pensamento e na concentração, retraimento social, ideação suicida, choro, disforia, fadiga, perda de prazer, irritabilidade e ansiedade de separação.

Em função da falta de maturidade e habilidade de comunicação e sua maior dificuldade de significar a perda, a criança tem dificuldade de expressar o que sente em palavras e usualmente exprime a dor por meio da dor corporal, irritabilidade, comportamento agressivo. Além disso, percebendo que sua dor causa desconforto aos adultos, costuma negar, ou esconder o que sente. (Jewet, 1994, Scalozub, 1998).

Não se pode, no entanto, presumir que crianças que não falam sobre o que aconteceu e como se sentem, não estejam sofrendo, ou que estejam lidando com o luto de um modo saudável. Não fica claro, entretanto, se as crianças que não expressam pesar estariam realmente vivendo um luto inibido, dado que este não implica ocultar a dor, mas não ter ciência do sofrimento. Em nossa experiência clínica, percebemos que é comum que a criança sofra em silêncio, por receio de entristecer os familiares com sua dor.

Diversos autores apontam a necessidade da vivência dos sentimentos do enlutamento para que este possa dar-se de modo

saudável. Crianças que perderam um ente querido devem ser encorajadas a dar voz a seus sentimentos, sendo este um dos mais vitais componentes de um processo de elaboração, impedindo que o luto se mantenha indefinidamente (Jewett, *idem*).

Worden (1996), em estudo realizado juntamente com Silverman e Nickman, com crianças e adolescentes entre seis e dezessete anos que perderam um dos pais, em função de sua morte, aponta que as reações de afeto são parte normal do processo de luto da criança que perde um genitor, sendo a tristeza, ansiedade, culpa e raiva as mais freqüentes. Estas reações são influenciadas pelas reações do genitor sobrevivente e de outros adultos.

O autor (*idem*) constatou que a criança freqüentemente apresenta somatizações, acidentes, diminuição da auto-estima e dificuldade de concentração e aprendizagem. Muitas crianças relataram a sensação de presença do falecido que aparecia de diversas formas (sentir-se observado, ou assombrado pelo espírito do falecido; sonhos com o falecido; ouvir, ver e sentir a pessoa que morreu) e o comportamento de procura do falecido (conversas com o falecido, visitas ao cemitério). É bastante freqüente, também, que a criança guarde algum objeto que pertencia ao genitor perdido, ou que por algum motivo o represente, tendo este objeto a função de objeto transicional.

Segundo o autor (1996), a elaboração da perda para a criança, assim como para o adulto, envolve a vivência das quatro tarefas do luto, descritas anteriormente pelo autor (1998). A primeira tarefa, aceitar a realidade da perda, é mais difícil para a criança, pois seu teste de realidade tem menos acuidade do que o do adulto e, especialmente antes do desenvolvimento do pensamento operacional.

Acrescentamos que, não somente em função de uma menor capacidade cognitiva, esta tarefa é mais difícil para a criança, mas também em função da maior dependência do adulto e de sua maior necessidade de utilizar mecanismos de defesa diante de uma informação que o ego sente não dar conta. É difícil discriminar se a criança, ao receber a notícia da morte de um ente querido, parece não aceitar a realidade da perda, porque

não tem capacidade cognitiva para tanto, ou devido ao medo de colapso emocional.

Além disso, muitas vezes o adulto mente, ou omite informações a respeito da morte para a criança Aberastury (1973). A negação e a mentira do adulto dificultam o processo de luto, pois incrementam uma reação inicial de negação esperada no processo de luto normal e dificultam a passagem para o primeiro momento de elaboração da perda: a aceitação de que a morte ocorreu.

A segunda tarefa, lidar com o impacto emocional da perda, é, também, dificultada pelo fato de que a criança, mesmo podendo aceitar a realidade da morte, muitas vezes não tem recursos egóicos que a permitam lidar com a diversidade e intensidade de sentimentos mobilizados pela perda. Neste sentido, é muito importante que o adulto possa auxiliar a criança neste processo, tanto com recursos egóicos para a elaboração, bem como atuando como um modelo.

A terceira tarefa, adaptar-se a um ambiente sem o falecido, é determinada pela importância desta pessoa na vida da criança. De acordo com o autor, o luto pode ser revivido em diferentes momentos da vida, principalmente naqueles em que o genitor perdido seria especialmente importante.

No caso da perda de um genitor, pensamos que esta tarefa pode ser facilitada pela presença de figuras substitutas com quem a criança tenha uma relação de confiança e afeto e da possibilidade de o genitor sobrevivente assumir funções antes desempenhadas pelo genitor morto.

A quarta tarefa consiste em encontrar um novo lugar para o falecido em sua vida emocional e identificar meios de lembrar dele. Para a criança, esta tarefa parece ser ainda mais importante, tendo em vista sua dependência em relação às figuras significativas, como base identificatória.

Kovács (1992), ao discorrer sobre o processo de luto da criança, afirma que este está finalizado, quando existe a presença do falecido internamente em paz, e espaço disponível para outras relações.

Portanto, a criança que elabora a perda pode estabelecer novos vínculos afetivos e aceitar figuras substitutivas, sem que isto implique desligar-se da pessoa perdida, mas uma transformação na relação com essa pessoa.

Especialmente no caso da perda do genitor, é importante que esta relação, embora transformada, permaneça como base identificatória para a criança. Para tanto, o genitor sobrevivente/cuidador e a família têm o importante papel de ajudar a manter o genitor perdido, simbolicamente, como objeto identificatório para a criança.

A partir dessa exposição, podemos concluir que a criança faz o luto, seguindo um modelo próprio de elaboração e com as dificuldades inerentes a seu momento de desenvolvimento cognitivo e emocional, destacando-se, neste processo, o fator dependência de um adulto cuidador que lhe seja suporte na tarefa do luto. Torna-se necessário o aprofundamento do estudo das condições de enlutamento da criança, especialmente no que diz respeito às condições facilitadoras e dificultadoras deste processo.

No capítulo seguinte, estaremos buscando este aprofundamento por meio do estudo das fantasias da criança enlutada pela perda de um ou ambos os pais, procurando compreender que fantasias estão associadas à elaboração do luto e aquelas que dificultam este processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A., (1973), *La percepción de la muerte en los niños*, Rev. Psicoanal., 30: 689-720.
- ADEC, (1998), *Association for death education and counseling 20th annual conference*, Program Book, Chicago.
- ARIM, S.I., (1988), *Duelos en la infancia*, Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 88:39-54.
- BECKMAN, R., (1990), *Children who grieve*, Learning Publications Inc., Holmes Beach.
- BOWLBY, J., (1960), *Grief and mourning in infancy and early childhood*, Psychoanal. Study. Child, 15: 9-52.
- _____, J., (1979), *Formação e rompimento dos laços afetivos*, São Paulo, Martins Fontes.
- _____, (1993), *Perda: tristeza e depressão*, in Apego e Perda, vol.3, São Paulo, Martins Fontes.
- BROMBERG, M.H.PF, (1994), *A psicoterapia em situações de perdas e luto*, Campinas, Editora Livro Pleno.
- ESSLINGER, I. e KOVÁCS, M.J., (1999), *Adolescência: vida ou morte?*, São Paulo, Ática.
- FREUD, S., (1917 [1915]) [1996]), *Luto e melancolia*, in Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago.
- _____, (1921 [1996]), *Psicologia de grupo e análise do ego*, in Obras Completas, Rio de Janeiro, Imago.
- JEWETT, C., (1994), *Helping children cope with separation and loss*, Londres, Batsford.
- KLEIN, M., (1970), *Contribuições à psicanálise*, São Paulo, Mestre Jou.
- _____, (1996), *O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos*, in Amor, culpa e reparação e outros trabalhos, Rio de Janeiro, Imago.
- KOVÁCS, M.J., (1992) *Morte no processo de desenvolvimento humano. A criança e o adolescente diante da morte* in Morte e desenvolvimento humano, São Paulo, Casa do Psicólogo.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, _____. (2000), *Vocabulário de Psicanálise*, São Paulo, Martins Fontes.

- PARKES, C. M., (1965), *Bereavement and mental illness*, British Journal of Medical Psychology, 38:126.
- RANDO, T.A. (1993), *Theories of complicated mourning: a historical review in Treatment of complicated mourning*, Champaign, Research Press.
- SCALOZUB, L. T., (1998), *El duelo y la niñez*. Mas allá de las fronteras del Psicoanálisis, Revista de la Asociación de Buenos Aires, Abordages en Psicoanálisis de niños, 20: (367-83).
- SEKAER, C., (1987), *Towards a definition of "childhood mourning"*, American Journal of Psychotherapy, 41: (201-219).
- SPITZ, R.A., (1988), *O primeiro ano de vida*, São Paulo, Martins Fontes.
- TORRES, W., (1996), *A criança diante da morte*, in Arquivos Brasileiros de Psicologia, 48: (31-41).
- _____, (1999), *A criança diante da morte: desafios*, São Paulo, Casa do Psicólogo.
- WELLER, E.B. e WELLER, R.A. (1992), *Luto em Crianças e Adolescentes*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- WINNICOTT, D.W., (1994), *A Psicologia da Separação in Privação e Delinquência*, São Paulo, Martins Fontes.
- _____, (1997), *Contribuição para uma discussão sobre a enurese*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- _____, (2000), *A preocupação materna primária*, in *Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas*, Rio de Janeiro, Imago.
- WOLF, S., (1975), *Orfandad in Trastornos Psíquicos del niño: causas y tratamientos*, Siglo Veintiuno, Madrid.
- WORDEN, J. W. (1996), *Children and grief. When a parent dies*, Nova Iorque, Guilford Press.
- WORDEN, J. W. (1998), *Luto e sistemas familiares in Terapia do luto*, Porto Alegre, Artes Médicas.

CAPÍTULO 2

A FANTASIA E O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO LUTO DA CRIANÇA PELA MORTE DO GENITOR

LUCIANA MAZORRA

A morte de um genitor é uma das experiências mais impactantes que a criança pode vivenciar. Com os pais, morre, também, a ilusão narcísica da onipotência infantil em um momento em que esta é necessária como fonte de segurança. Diante da ausência irreversível de um vínculo provedor de sustentação, a criança se depara com profundos sentimentos de desamparo e impotência.

Com a perda de um genitor, a criança perde o mundo que conhecia, aquele em que o genitor podia afastar-se, mas retornava. Agora seu mundo está enlutado: torna-se difícil lidar com toda a gama de sentimentos que parecem invadi-la com o desmoronamento da família. O luto é o processo de reconstrução e reorganização diante da morte, desafio emocional e cognitivo com o qual ela precisa lidar.

O atendimento de crianças enlutadas pela morte de um, ou ambos os pais suscitou-nos a questão de como a experiência de morte de um genitor se inscreve no mundo fantasmático da criança, refletindo seu processo de luto.

A importância de estudar as fantasias de crianças que perderam um ou ambos os pais, diz respeito à concepção psicanalítica de que o sintoma, presente no processo de enlutamento, consiste na expressão simbólica de construções



fantasmáticas (Freud e Breuer, 1893 - 1895 [1976]). Além disso, a fantasia é a representação de desejos, disfarçados em maior, ou menor grau por processos defensivos; caracteriza a satisfação de um desejo insatisfeito, a correção de uma realidade não satisfatória.

Portanto, por meio das fantasias, é possível apreender a dinâmica do luto, tendo-se em conta os sentimentos, reações e sintomas que este envolve e como a criança está processando a realidade concreta da perda de um, ou ambos os pais.

Constatando-se que a criança está inserida em determinado grupo familiar, pensamos que é importante atentar não somente a ela, mas também ao grupo ao qual ela pertence, para a apreensão de suas fantasias, que podem ser fantasias compartilhadas ou mesmo induzidas por este grupo. Além de tais considerações, a morte de um ou ambos os pais constitui um processo de crise na família, e a criança não pode ser compreendida isoladamente de seu contexto familiar.

A literatura encontrada sobre o processo de luto da criança, em grande parte é estrangeira e descreve as reações e sintomas que podem ser apresentados pela criança de faixas etárias diversas que vivencia diferentes tipos de perda. No entanto, pouco é encontrado a respeito dos mecanismos intrapsíquicos envolvidos na elaboração do luto da criança.

A partir da apreensão das fantasias da criança enlutada e de seu processo de enlutamento, é possível auxiliá-la a compreender o que vivencia, contribuindo para seu processo de elaboração da perda. Esta compreensão parece-nos importante, tanto para o psicoterapeuta que atende crianças e sua família, como para os demais profissionais que lidam com ela e para os próprios pais, ou responsáveis. Encontrando um ambiente que está mais preparado para recebê-la, a criança pode sentir-se acolhida e compreendida, mais segura, em um momento de tanta insegurança e desamparo.

A seguir, estaremos percorrendo a respeito das fantasias da criança enlutada, partindo de um estudo realizado com esta

população (Mazorra, 2001). Nesta pesquisa, optamos pelo método qualitativo, e os resultados obtidos foram compreendidos dentro do enfoque clínico, em uma abordagem psicanalítica. Realizamos um processo psicodiagnóstico com cinco crianças de ambos os sexos, de três a oito anos, enlutadas há menos de um ano, em decorrência da morte do pai e/ou da mãe e que haviam buscado atendimento psicoterápico no Laboratório de estudos e intervenções sobre o luto (LELu). Como instrumento de investigação, utilizamos entrevistas com o genitor sobrevivente, ou responsável pela criança, uma entrevista familiar, três entrevistas lúdicas e a aplicação do Procedimento de Desenhos-Estórias (D-E) com a criança.

Fizemos um levantamento das fantasias apreendidas neste processo, assim como os sentimentos, desejos, comportamentos e sintomas por meio dos quais elas se expressam, atentando aos fatores relevantes à sua configuração e relação com o processo de elaboração do luto.

Com o objetivo de facilitar a visualização destas fantasias, estas foram agrupadas no quadro abaixo:

Fantasias de aniquilamento	• Não poder agüentar o sofrimento. • Não continência por parte do genitor sobrevivente/família. • Vir a morrer. • Perder outra pessoa amada
Fantasias de onipotência	• Evitar novas perdas e separações. • Ser forte.
Fantasias de culpa	• Ser culpado pela morte do genitor. • Perder outra pessoa amada.
Fantasias de castração	• Não poder se desenvolver. • Estar destituído de valor e interesse.
Fantasia regressiva	• Voltar a ser bebê.
Fantasias reparatórias	• Encontrar ajuda para compreender o que aconteceu. • Substituir o genitor morto. • Poder entrar em contato com a dor. • Recuperar o objeto perdido internamente.

Fantasia de identificação	• Ser como o genitor falecido. • Ocupar o lugar do genitor perdido.
Fantasia de idealização	• O genitor sobrevivente é forte e potente. • O genitor morto era forte e bom.
Fantasia de desidealização do objeto perdido	• O genitor morto era frágil/ mau. • Atacar o genitor morto.
Fantasia de negação da perda	• Recuperar o genitor morto. • Não precisar do genitor morto.
Fantasia de retaliação	• Ser atacado pelo genitor morto.
Fantasia de rejeição	• Ter sido abandonado pelo objeto perdido.
Fantasia de repetição	• Reviver a situação da morte.
Fantasia agressiva	• Vingar-se.⁴

A seguir, estaremos discorrendo a respeito destas fantasias. Com o intuito de melhor ilustrar seu conteúdo, escolhemos trechos de sessões, de psicodiagnóstico e psicoterápicas, registradas em nossa experiência clínica com crianças enlutadas pela morte do genitor. Os nomes das crianças são fictícios, para proteger sua identidade.

FANTASIAS DE ANIQUILAMENTO

NÃO CONTINÊNCIA POR PARTE DO GENITOR SOBREVIVENTE/FAMÍLIA

B: Em casa eu não posso desenhar, sabe por quê? (...) Em casa não tenho muito lápis de escrever.

Beatriz, 8 anos, perdeu a mãe há dois meses, em um acidente de moto.

Com frequência, a família demonstra dificuldade em lidar com seu enlutamento, evitando entrar em contato com seus sentimentos. Neste caso, pode haver uma imposição superegógica familiar de não se falar sobre a morte e dor que ela provoca, e este modelo de enfrentamento do luto é transmitido para a criança.

A criança percebe que os familiares estão enlutados, envolvidos em seu próprio sofrimento, menos disponíveis, portanto, para atuar como suporte e menos contêntes para sua dor, o que incrementa a fantasia de aniquilamento.

O movimento de negação da família acentua esta atitude na criança, dificultando seu processo de elaboração do luto. A criança, não encontrando continência para a dor, sente que deve negá-la, ou não revelá-la no espaço familiar. A questão que se propõe, consciente ou inconscientemente pode ser enunciada como: "Se minha família não dá conta, como posso dar?" Portanto, a sensação de não agüentar o sofrimento é intensificada pela mensagem familiar de que não se pode entrar em contato com a dor do luto.

A medida que a perda não pode ser integrada no espaço familiar, a criança necessita mantê-la afastada de seu espaço psíquico, utilizando mecanismos defensivos. Não pode significá-la e integrá-la em seu mundo de representações, e a perda permanece como um cisto, que deve ser banido.

O reforço da atitude de negação, pelos familiares, incrementa uma reação inicial de negação esperada no processo de luto normal e dificulta a passagem para o primeiro momento de elaboração da perda, a aceitação de que a morte ocorreu. Se pensarmos nas fases do luto propostas por Bowlby (1979)¹, podemos afirmar que esta atitude dos familiares dificulta a evolução do processo de luto da fase de entorpecimento para as fases de procura e de desespero.

A possibilidade de que a criança nomeie e simbolize a perda depende de que o pai sobrevivente e o restante da família possam auxiliá-la neste processo de significação, oferecendo-lhe representações, transmitidas nas palavras, sobre a experiência vivida.

¹ As fases do luto propostas por Bowlby (1979) são: entorpecimento, protesto, desespero e desapego e estão descritas no capítulo anterior do presente livro.

Se a criança não sente que há disposição do ambiente para se falar sobre a morte e os sentimentos que ela evoca, não pergunta a respeito, especialmente a criança em idade escolar, mais compromissada com o meio social em que vive.

NÃO PODER AGÜENTAR O SOFRIMENTO

C: Eu vou pintar por cima. Eu tô pintando por cima pra ficar bonito. Tem que pintar por cima.

L: Tem que ficar bonito?

C: Aham.

Clara, 3 anos, perdeu o pai mãe há três meses, assassinado.

As crianças podem temer entrar em contato com a dor da perda e não suportá-la. Esta fantasia interfere no processo de enlutamento, levando as crianças a se protegerem da dor por meio de mecanismos de defesa e formação de sintomas: uso excessivo do videogame, comportamento agressivo, evitar pensar na perda, dificuldade de aprendizagem, indiferença, ter que se imaginar forte; não expressão de pesar e anseio pelo objeto perdido.

Esta fantasia vem associada, especialmente, aos seguintes mecanismos de defesa: negação (negação da dor da perda); cisão (afastamento emocional da dor da perda); projeção (projeção do sofrimento e da fragilidade no outro) e onipotência (imaginar-se potente, como defesa ao sentimento de impotência).

A morte de um genitor é uma situação que parece ser realmente intolerável para o ego imaturo, como aponta Arim (1988) e é, portanto, de muito difícil elaboração para toda criança, conduzindo à utilização de recursos defensivos. A tentativa de não entrar em contato com o sofrimento pode ser uma reação defensiva necessária, diante de uma situação sentida como muito ameaçadora à integridade do ego.

Como dissemos anteriormente, à medida que a criança encontra um ambiente de contenção e receptividade para sua

dor, pode se sentir mais protegida e acolhida para olhar o próprio sofrimento. Quando a família está muito resistente a lidar com o luto, não pode atuar como ambiente continente para sua expressão. Tem a contaminação da dor: ferir a criança expondo sentimentos e se ferir, ao entrar em contato com a dor da criança, estabelecendo-se um pacto de silêncio. Esta atitude incrementa a fantasia da criança de não poder agüentar o sofrimento.

Portanto, a possibilidade de a criança elaborar a perda está em estreita relação com a possibilidade de elaboração de seu cuidador.

VIR A MORRER

T: Quero ser brinquedo, porque brinquedo não morre.

Tatiana, 4 anos, perdeu a mãe há quatro meses, em decorrência de um melanoma.

G: O Aladim que roubava pão pra ele comer, porque ele sentia muita, muita fome.

L: Por que ele sentia tanta fome?

G: Porque a mãe dele morreu quando ele tinha um aninho. Aí ele morr... Aí q mãe dele morreu e ele não foi no enterro.

Gabriela, 6 anos, perdeu a mãe há cinco meses, em decorrência de um enfarto.

A fantasia de aniquilamento também se revela no medo de morrer. Esta fantasia pode aparecer associada ao medo de morrer como o pai e ao medo de morrer para ocupar o lugar do pai (morte da própria identidade). O processo identificatório torna-se ambivalente, pois, ao mesmo tempo em que a criança deseja ter o pai como modelo, ser como o pai pode significar morrer como ele. Na medida em que esta fantasia aparece associada à identificação com o genitor, é mais freqüente em crianças que perdem o genitor do mesmo sexo.

Esta fantasia pode ser aumentado pelos sentimentos de desvitalização e depressão que podem acompanhar o processo de luto e aparecer associado ao sentimento de culpa pela morte dos genitores e medo de retaliação.

FANTASIAS DE CULPA

SER CULPADO (A) PELA MORTE DO GENITOR

L: O que é isto de vermelho?

T: É sangue. É sangue da mamãe.

L: A mamãe que estava dodói?

T: É. Ela tá dodói depois que nasceu o nenê.

L: Que nenê?

T: Eu e o D.

Tatiana, 4 anos, perdeu a mãe há quatro meses, em decorrência de melanoma.

Em conformidade com os casos estudados e a literatura a respeito (Bowlby, 1993, Winnicott, 1997), pensamos que a fantasia de ter sido responsável pela morte do genitor, deve ser encontrada, em maior ou menor intensidade, em todas as crianças que perdem um genitor. A criança tende a culpar-se, mesmo quando não contribuiu para este acontecimento, ou atribui a culpa a alguém (pai sobrevivente, médico, outro familiar). Isto se deve ao fato de que toda relação sempre envolve algum grau de ambivalência afetiva, como bem apontou Freud (1915 [1996]).

O fato de que a criança está em desenvolvimento cognitivo pode intensificar sua vivência de culpa. O pensamento egocêntrico e mágico do momento de desenvolvimento Pré-Operatório faz com que a criança tenha mais dificuldade de diferenciar a fantasia e a realidade e a pensar que seus desejos são capazes de provocar consequências na realidade. Desta forma, pode achar que sua raiva em relação ao genitor pode ter-lhe provocado a morte. Além disso, há uma dificuldade maior da criança de compreender o conceito de morte e como as mortes

são causadas, havendo mais espaço para que as lacunas quanto a sua compreensão sejam preenchidas com sua fantasia.

A fantasia de ser culpado pela morte do genitor pode ser uma tentativa de controle diante de uma situação vivida com intenso desamparo. Quando a criança se imagina responsável pelo que aconteceu, de certa forma, também sente que tem mais controle diante da situação; portanto, esta fantasia pode, também, ser considerada uma defesa onipotente contra o sentimento de desamparo e impotência.

É importante lembrar que o sentimento de culpa pode ser um componente que contribui para a elaboração, caso se trate de culpa depressiva, ou dificultador da mesma, em hipótese da culpa persecutória. Segundo Grinberg (2000), no luto normal, opera a culpa depressiva que tende a conseguir a reparação dos objetos e, no luto complicado, predomina a culpa persecutória, que transforma os objetos em persecutórios, impedindo sua reestruturação. Portanto, enquanto um tipo de culpa atua favoravelmente à elaboração do luto, a outra impede sua elaboração. É necessário atentar ao modo como a criança está vivenciando este sentimento para que possamos compreender a função de determinada fantasia ligada à culpa, no processo de luto. Por conseguinte, a presença de culpa pode ser impeditiva ou facilitadora da elaboração e é importante que se atente a seu caráter. A relação prévia muito ambivalente com o genitor perdido acentua a persecutoriedade do objeto, a culpa persecutória e o de medo de retaliação.

Em dois casos do estudo, a fantasia principal era de culpa edípica. A morte do objeto rival, no momento de elaboração edípica, intensifica a fantasia de culpa, de caráter persecutório, em relação aos desejos edípicos, o que dificulta a elaboração do Édipo e do luto. Em outro caso do estudo, a principal configuração de suas fantasias era de culpa pela destrutividade. A criança que vivenciou outras perdas anteriores de pessoas significativas, ou que tinha uma relação muito ambivalente com o genitor desde o nascimento pode ter estimuladas suas fantasias de culpa pela destrutividade e vivenciar a culpa pela própria sobrevivência.

A família também pode atuar, reforçando sua crença de que é agressiva e destrutiva. Quando há segredo ou não esclarecimento em relação à situação da morte, a fantasia da criança de culpa e destrutividade é incrementada. Na medida em que o verdadeiro motivo da morte não é revelado, há mais espaço para que ela fantasie que foi a responsável pela mesma. Se a doença e a morte são vividas na família como algo sujo/ tabu/ castigo, a criança pode identificar-se, ou ser identificada com os pais, sentindo-se "contaminada", ruim.

A fantasia de culpa pode estar associada à fantasia de retaliação pelo objeto perdido, de ser punido. A criança pode buscar punição por meio da atuação da destrutividade da qual se crê dotada, agredindo para receber a punição e aliviar sua culpa.

PERDER OUTRA PESSOA AMADA

Na terceira observação lúdica com Clara, na sala de espera ela diz: "Eu vou com meu tio Tomás." Clara não aceita que ele espere fora da sala. Quando Tomás diz que vai sair da sala, Clara não quer que ele vá. Depois aceita que ele deixe sua chave com ela, o que é sugerido pela pesquisadora.

C: *Cadê o tio Tomás? Ele não pode ir embora. Eu disse que ele não podia ir embora.*

L: *Você tem medo de que ele vá embora, né?*

C: *É.*

L: *Mas ele está te esperando, ele não vai embora. Até deixou a chave com você aqui.*

C: *Quero o tio Tomás.*

Clara, 3 anos, perdeu o pai há três meses, assassinado.

Pensamos que esta fantasia se deve ao fato de que a criança se sente culpada pela morte de seu genitor e imagina que seus desejos hostis foram capazes de matá-lo e podem fazê-lo em relação ao genitor sobrevivente também. Além disto, teme que se repita a

calamidade que aconteceu em sua vida, perante a qual se sentiu totalmente desamparada e impotente. Portanto, esta fantasia também pode estar relacionada à angústia de aniquilamento, e remete a seus temores em relação à própria sobrevivência.

Pode ser manifestada por meio da ansiedade de separação, quando a criança tem dificuldade de separar-se de seus objetos de apego, por medo de perdê-los. A criança que tem um estilo de apego ansioso, quando a relação com as figuras de apego é caracterizada por insegurança e angústia de perda (Bowlby, 1990), experimenta mais medo de que outros objetos amados possam morrer.

Nos casos em que o tipo de morte é traumática e, especialmente quando presenciada pela criança, há o medo da revivência da situação traumática vivenciada e um incremento da angústia de aniquilamento.

FANTASIAS DE ONIPOTÊNCIA

EVITAR NOVAS PERDAS E SEPARAÇÕES

G: *Eu não sabia que o tempo acabava.*

L: *A gente tem cinquenta minutos.*

G: *Pensei que fossem doze horas. Seria bem melhor.*

G: (...) *Pena que você não tem "super bonder". Agora eu vou deixar pra secar.*

L: *Precisava de "super bonder"?*

G: *"Super Bonder" é só uma gotinha de nada e já cola. (...)*

Gabriela, 6 anos, perdeu a mãe há cinco meses, em decorrência de um enfarto.

As crianças manifestam a fantasia de evitar perdas e separações, o desejo de ter controle sobre os objetos de amor e não mais perdê-los. Esta fantasia é comumente expressa por meio da tentativa de controlar o genitor sobrevivente. A

ansiedade de separação aparece como sintoma que expressa este desejo, assim como a tentativa de protegê-lo, cuidando de sua saúde. Esta fantasia também surgiu na relação transferencial com a pesquisadora, quando algumas crianças expressaram o desejo de prolongar o contato com a pesquisadora e de não se separarem dela.

A morte de um genitor torna o mundo, para a criança, um lugar inseguro, pouco confiável, abalando sua confiança nos objetos internos e externos. Portanto, é um momento de vivência de grande desamparo e desorganização, intensificada em função da dependência da criança em relação aos genitores. O desejo de evitar perdas e separações caracteriza a expressão de uma fantasia onipotente, cuja função é a defesa contra o sentimento de desamparo e a percepção de não ter controle sobre os objetos amados.

A criança que estabeleceu a posição depressiva internalizou os objetos amados e pode tolerar a separação, porque sabe que o objeto que desaparece de seu campo de visão, não desapareceu por completo e continua presente em seu mundo interno. No entanto, diante da experiência de morte do objeto amado, este não retorna, o que gera desconfiança quanto aos objetos de amor. A criança sente que deve controlar ativamente os objetos, para não perdê-los novamente. Aos poucos, a criança que já estabeleceu a posição depressiva pode recuperar a confiança nos objetos, diminuindo sua necessidade de controle.

SER FORTE

João Pedro junta a bainha da espada com a espada deixando-a maior. Clara brinca com os bonecos da caixa e diz que a avó é forte.

M: Quem é forte?

JP: Eu."

João Pedro, 7 anos, perdeu o pai há três meses, assassinado.

B: Ainda bem que meu primo não chora. Caiu em cima do dedo dele a escada de ferro, ele não chorou. Meu primo não chora.

Beatriz, 8 anos, perdeu a mãe há dois meses, em um acidente de moto.

A fantasia de onipotência, de ser forte, aparece, tanto como um desejo de dominar os sentimentos, como o desejo de força física, e é uma defesa contra os sentimentos de fragilidade e desamparo. O modelo que a família transmite de aceitação, ou negação da fragilidade e desamparo atua na configuração das fantasias destas crianças.

Quando há a demanda familiar de que o menino que perde o pai seja o "homem da casa", uma figura forte que cuide da família, ele sente que deve ser mais forte que o pai, para não morrer como ele.

No caso de crianças que tiveram o pai assassinado, esta fantasia parece ser uma defesa contra o sentimento de ser falível e poder morrer como o pai, relacionada, portanto, às circunstâncias da morte.

A exigência de ser forte interfere no processo de elaboração do luto, na medida em que as crianças acabam evitando entrar em contato com a fragilidade e o sofrimento. Por outro lado, podemos pensar que consiste em uma defesa necessária contra um sentimento muito grande de desamparo.

FANTASIAS DE CASTRAÇÃO

NÃO PODER SE DESENVOLVER

G: (...) Agora eu vou recortar. É difícil recortar isso. Sabia que eu já tô no pré. Pena que eu não sei recortar isso. Pré é onde aprende ler e escrever, mas eu ainda não aprendi nada.

Gabriela, 6 anos, perdeu a mãe há cinco meses, em decorrência de um enfarto.

R: Acabou a minha força.

Rodrigo, 4 anos, a mãe suicidou-se há um mês, jogando-se do prédio e ele tentou segurá-la.

A fantasia de castração se expressa no sentimento da criança de que falta algo vital ao seu desenvolvimento, sentimento que aparece associado à diminuição de auto-estima e ao sentimento de impotência. A criança necessita dos pais como objetos de identificação, para a constituição de sua identidade e desenvolvimento, dependendo, também, de seu cuidado material e afetivo. Fica, portanto, em situação de maior fragilidade e vulnerabilidade do que o adulto, quando perde o genitor. A partir de tais averiguações, pensamos na importância de a criança ter um bom cuidado do genitor sobrevivente, ou de substitutos adequados, para que tenha o sentimento de desamparo diminuído e encontre objetos de identificação.

A morte violenta constitui um fator que pode incrementar a fantasia de não poder se desenvolver, atentando-se que o medo de um ataque externo tem um fundamento real, e a recuperação da confiança nos objetos internos e externos torna-se mais difícil.

ESTAR DESTITUÍDO DE VALOR E INTERESSE

JP: Era uma vez uma casa que ninguém ia nela e ela ficava muito, muito triste. Aí chegou um dia que uma pessoa passou, olhou pra ela, mas não quis entrar. Depois passou o dono e quis entrar para conhecer e ela ficou muito feliz.

L: Por que ninguém queria entrar?

JP: Não sei. Tinha gente que não queria ver o que tinha lá.

L: O que tinha lá?

JP: Só uma casa que não tinha nada.

(...)

L: Como a casa se sentia?

JP: Se sentia mal porque ninguém ia lá.

L: O que a casa está pensando?

JP: Puxa, até que enfim alguém quis vir aqui ver eu.

João Pedro, 7 anos, perdeu o pai há três meses, assassinado.

Esta fantasia pode estar relacionada à fantasia de ter sido abandonado pelo genitor. Quando há um descuido real por parte dos genitores, o sentimento de desvalia se intensifica. Se a criança se sente desvalorizada, identifica-se com um objeto deteriorado, tem sua elaboração do luto dificultada e sua auto-estima diminuída.

FANTASIAS REGRESSIVAS

VOLTAR A SER BEBÊ

B: Pra falar a verdade eu queria ser minha irmã pra sempre. Queria ser bebê pra sempre. Todo mundo pega no colo, é bom.

Beatriz, 8 anos, perdeu a mãe há dois meses, em um acidente de moto.

A criança pode desejar voltar a ser um bebê e ser cuidada pelo genitor perdido. Esta fantasia frequentemente se manifesta por meio de comportamentos regressivos (falar como bebê; voltar a usar chupeta; enurese noturna).

Nos casos em que a criança se sente exigida a ser o que não é, a ocupar um lugar que não lhe pertence (homem da casa, mãe cuidadora), sendo-lhe atribuída uma responsabilidade para qual não está preparada, pode ter fantasias regressivas intensificadas de desejar voltar a ser um bebê e obter cuidado e atenção.

FANTASIAS DE IDENTIFICAÇÃO

SER COMO O GENITOR FALECIDO

G: Eu vou fazer igual a minha mãe fazia.

Gabriela, 6 anos, perdeu a mãe há cinco meses, em decorrência de um enfarto.



A identificação com aspectos positivos enriquece o ego e auxilia o processo de elaboração da perda. Já a identificação

com aspectos negativos pode favorecer um quadro melancólico, à medida que se dá a assimilação com objetos denegridos, estragados.

OCUPAR O LUGAR DO GENITOR PERDIDO

B: Olha minha assinatura, vó. Olha, pai, minha assinatura. (A assinatura de Beatriz é somente o sobrenome da mãe).

Beatriz, 8 anos, perdeu a mãe há dois meses, em um acidente de moto.

Quando há uma morte na família, pode haver uma demanda familiar de que a criança assuma o lugar do genitor. Se a criança é do mesmo sexo que o genitor falecido, as fantasias familiares de reposição da figura perdida são facilitadas.

Se houver uma fantasia familiar inconsciente, anterior ao falecimento, de que a criança é o espelho do genitor, haverá dificuldade de a criança assumir uma identidade independente. Neste caso, a morte acentua esta exigência interna e familiar.

A criança que está no momento de elaboração edípica tem o desejo inconsciente de ocupar o lugar do genitor do mesmo sexo. Diante de sua ausência concreta, este desejo pode ser acentuado.

Quando a criança ocupa o lugar do genitor perdido, perdendo o contato com o que realmente é, corre o risco de assumir um "falso self". Além disso, a fantasia de identificação, com caráter fusional, está associada à impossibilidade de elaboração do luto, considerando-se a identificação com o objeto perdido pode dar-se prioritariamente, de forma fusional e não de aspectos do objeto perdido integrados pelo ego.

² Este conceito, de Winnicott (1983), aponta para situações em que há uma dissociação entre o verdadeiro e o falso self, sendo que o primeiro não encontra meios de satisfação e expressão e o sujeito perde contato com ele mesmo.

FANTASIAS DE IDEALIZAÇÃO

O GENITOR SOBREVIVENTE É FORTE E POTENTE

Plínio quebra um palito.

G: Como você conseguiu?

P: Olha o tamanho da minha mão.

G: Eu sei o tamanho da sua mão, eu conheço. É enorme.

Gabriela, 6 anos, perdeu a mãe há cinco meses, em decorrência de um enfarto.

Esta idealização deve ser acentuada, diante da quebra da estabilidade e do sentimento de desproteção e desamparo vivenciados com a morte do genitor. Se o genitor sobrevivente é forte, não irá morrer e poderá cuidar da criança.

O GENITOR MORTO ERA FORTE E BOM

G: Agora você já ficou sabendo que a minha mãe era professora e era médica. Minha avó não sabe disso. (...)

L: Porque sua avó não sabe?

G: Porque eu não quero falar pra ela. (...) Enfermeira, a minha avó sabe. Ela não sabe que ela era professora. Só eu sei.

Gabriela, 6 anos, perdeu a mãe há cinco meses, em decorrência de um enfarto.

A idealização do objeto perdido é esperada em um primeiro momento do processo de luto. No entanto, se aos poucos o enlutado não puder entrar em contato com os aspectos odiados do objeto perdido, mantém um contato superficial, não verdadeiro com seus objetos internos, distancia-se de si mesmo e não pode elaborar o luto de modo exitoso.

A criança pode temer entrar em contato com a raiva que sente em relação ao genitor perdido.



imagem idealizada, para manter esta base identificatória longe de seus ataques e proteger-se da temida retaliação.

A criança está em processo de construção de sua identidade e, especialmente quando perde o genitor do mesmo sexo, precisa evocar a figura perdida boa para poder dar prosseguimento ao processo identificatório. Além disso, quando a relação com o genitor morto era caracterizada por ambivalência acentuada, há um maior sentimento de culpa e a conseqüente necessidade de idealização, com a perda. No entanto, a idealização do genitor perdido e a defesa em relação à própria agressividade podem se dar às custas do empobrecimento emocional da criança.

FANTASIAS DE NEGAÇÃO DA PERDA

RECUPERAR O GENITOR MORTO

G: (...) os mortos ficam dormindo para sempre. Claro eles morreram. Aí, quando Jesus manda eles pra um país, aí eles mandam para outro país. Só quando a gente morre que a gente vai pra outro país. Mas só que vai pra Estados Unidos. Só que ninguém quer ir pra lá porque eles sabem que lá neva e ninguém quer mexer com neve e congelar.

L: Você acha que a sua mãe está em outro país?

G: Eu acho, mas eu quero ir pra lá pra mim ver ela.

L: Aonde você acha que ela está?

G: Estados Unidos.

Gabriela, 6 anos, perdeu a mãe há cinco meses, em decorrência de um enfarto.

Tanto o adulto como a criança tem o desejo de reunir-se com o falecido. No entanto, constatando-se que a criança, especialmente com menos de seis anos de idade, tem maior dificuldade que o adulto de compreender e aceitar a irreversibilidade da morte, esta fantasia pode ser vivida pela criança, não somente como um desejo, do qual se tem consciência que não se pode realizar, mas como uma possibilidade

O desejo de recuperar e reprimir o objeto perdido são próprios da fase de protesto e busca deste objeto, juntamente com os sentimentos que o acompanham: raiva, saudade, medo do abandono (Bowlby, 1979).

As crianças apresentam esta fantasia, ou a atuam por meio de seu comportamento. A criança atua esta fantasia, por exemplo, quando ocupa o lugar do genitor perdido na fantasmática familiar. Esta atuação está relacionada à não conscientização deste desejo. No caso do luto inibido, os desejos de recuperar e reprimir o objeto perdido não são expressos, porque a experiência de separação dá início a processos defensivos que os tornam inconscientes. Estes sentimentos são cindidos e reprimidos, permanecendo ativos na personalidade, influenciando o comportamento e os sentimentos de modo distorcido. O enlutado, aparentemente, desliga-se, de forma prematura, do objeto. No entanto, mantém-se fixado ao objeto perdido, de modo inconsciente, não podendo desligar-se (Bowlby, 1979). Portanto, quando esta fantasia permanece reprimida, temos a indicação de possível complicação no luto.

No grupo estudado, houve uma diferença significativa entre dois grupos de crianças. As crianças mais velhas, de sete e oito anos de idade, embora manifestassem o desejo de recuperar o genitor perdido, sabiam que isto não era possível e, em nenhum momento, revelavam crer no contrário. Embora pudessem apresentar a crença religiosa transmitida pela família de que, quando morressem, encontrariam o genitor perdido no céu, sabiam que o genitor não poderia voltar a viver.

As crianças mais novas, de três e seis anos, em alguns momentos, pareciam crer na possibilidade de recuperar o genitor perdido. A maior dificuldade de aceitar o caráter definitivo da morte apresentada por elas, aparece associada ao pensamento Pré-operatório, que não compreende a irreversibilidade da morte, ao momento de elaboração edípica e, ainda, à utilização de defesas, a exemplo da negação e cisão, diante de uma realidade sentida como intolerável.

Esta fantasia pode ter a função de defesa necessária para a

que o genitor sobrevivente pode ser recuperado, para suportar a dor da perda e a culpa. Na presença de fantasias de culpa edípica, a necessidade de negação da morte é intensificada, ao passo que a ausência do objeto remete à culpa e ao temor da possibilidade de concretização das fantasias edípicas.

As defesas maníacas protegem o ego da dor e do desespero total durante o processo de reparação, mas atuam, também, como fatores perturbadores na aquisição de insights e elaboração (Grinberg, 2000). Portanto, se a fantasia de recuperação do genitor morto se mantém indefinidamente, dificulta-se o processo de transformação da relação com o objeto morto e elaboração do luto.

A fantasia de recuperação do genitor perdido relaciona-se, também, ao anseio de recuperação do objeto perdido, ausente e atacado internamente, configurando-se como fantasia de reparação³.

Resta saber se a fantasia de recuperação está sempre vinculada a tendências reparatórias, ou ligada a defesas maníacas. Pelo que pudemos observar em nossos casos, em alguns momentos esta fantasia apareceu mais vinculada a defesas maníacas, enquanto que, em outros, está mais claramente relacionada a tendências reparatórias.

A reparação implica o reconhecimento da realidade psíquica, a vivência da dor causada por esta realidade e a adoção de uma ação para remediar, na fantasia e na realidade. A fantasia de recuperar o genitor perdido, muitas vezes, parece uma tentativa de negar esta realidade e a culpa que acompanha a vivência de destruição do objeto amado. Portanto, as fantasias parecem assumir diferentes funções conforme a criança esteja predominantemente na posição depressiva, ou esquizoparanóide.

³ Segundo Klein (1996a), a tendência de reparação, de reconquistar o objeto amado destruído na fantasia é a força motriz de toda atividade construtiva e necessária no processo de elaboração do luto.

NÃO PRECISAR DO GENITOR MORTO

B: Minha bisavó. Minha prima, meu primo. Esse é meu tio Roberto, irmão da minha mãe. Esse é meu primo Vinícius, filho dele. Esse aqui é o vô do meu pai. A vô Helena. Ela faz cada coisa gostosa. Canudinho, coxinha, pizza, macarrão. Ai, meu Deus, quando eu vou na casa dela ... - (Diz salivando). Você ia adorar a comida que minha avó faz. Eu falo: 'Vó, dá pra fazer nhoque?' e ela fala: 'Dá' E ela faz.

Beatriz, 8 anos, perdeu a mãe há dois meses, em um acidente de moto.

A criança pode negar a falta do genitor, tentando acreditar que: não perdeu nada de bom, não precisa da pessoa perdida, não tem motivo para ficar triste, tem muitas outras figuras que podem cuidar dela. Nega, portanto, o valor positivo do relacionamento anterior. Trata-se de uma reação maníaca, que, como bem aponta Grinberg (2000), tem a finalidade de resistir à angústia depressiva, à dor e à culpa.

FANTASIAS DE DESIDEALIZAÇÃO DO OBJETO PERDIDO

O GENITOR MORTO ERA FRÁGIL/MAU

João Pedro joga a bola de uma mão para a outra.

JP: Vou tentar fazer assim rapidinho. É difícil fazer isso. Meu pai conseguia fazer com dois. Pegava todas. Ele tentava fazer com três, mas não conseguia.

João Pedro, 7 anos, perdeu o pai há três meses, assassinado.

A criança sente-se frágil diante do genitor e precisa acreditar que ele é forte e que um dia também será como ele, para lidar com seu sentimento de desamparo e angústia de castração. A desidealização dos genitores é um processo que deve acontecer ao longo da elaboração edípica e também do processo de luto, gradativamente.

Quando a criança perde um ou ambos os pais, perde a crença na onipotência que supunha haver nos genitores. Estes, antes sentidos como superpoderosos e superprotetores, são vistos como falíveis, já que não foram capazes de evitar a morte (Guérin, 1979). Isto faz com que a criança se dê conta, também, de sua própria fragilidade.

A morte causada por assassinato pode facilitar a configuração desta fantasia, por ser uma situação de submissão e fragilização perante um outro. Neste caso, é importante que o genitor sobrevivente ajude a criança a resgatar a imagem de um genitor forte, mais vitalizado, com quem a criança possa identificar-se.

A criança pode denegrir o objeto perdido para desligar-se, com mais facilidade, e defender-se da dor da perda. Esta fantasia, de desidealização brusca da figura perdida, está associada à fantasia de negação da perda, de não precisar do genitor. Está, portanto, associada a processos defensivos, que impedem a elaboração.

Tanto o processo de idealização como o de desidealização do objeto perdido, quando muito intensos, não permitem que haja um equilíbrio entre ambos e não favorecem a elaboração.

ATACAR O GENITOR PERDIDO

D: A foto tá riscada. Se encostar na foto, a minha mãe sente?

D: Você acha que ela sente?

D: Meu pai disse que sente. Mas ela não tá aqui na foto, se ela tá no céu.

D: Você que riscou a foto?

D: Sim.

Diego, 4 anos, perdeu a mãe há 4 meses, em decorrência de uma apendicite e erro médico.

Esta fantasia associa-se ao processo de desidealização do genitor perdido.

Segundo Bowlby (1979), a manifestação de raiva em relação ao objeto perdido é esperada, especialmente na fase de protesto e busca deste objeto. Quando a raiva não é manifesta diretamente, pode estar projetada no ambiente (atribuir a agressividade a uma figura do ambiente), ou deslocada para o ambiente (raiva manifesta na escola, com a família). Neste caso, ela pode vir associada a sintomas: comportamento agressivo na escola/ com a família, fobias, ansiedade de separação.

É muito importante que a criança possa expressar a raiva que sente do genitor perdido. A possibilidade de expressão da raiva está relacionada à receptividade da família a este sentimento da criança e à possibilidade da criança de tolerar a culpa.

FANTASIAS DE RETALIAÇÃO

SER ATACADO PELO GENITOR MORTO

Eduardo faz uma estátua com massinha.

L: Que estátua que é essa?

E: Só com uma perna.

L: Por que ela tem só uma perna?

E: Porque ela era peralta, bagunçava demais. Não é ela, é ele. Ele bagunçava muito, por isso cortou a perna dele. Olha a perna dele."

Eduardo, 7 anos, perdeu ambos os pais em decorrência do vírus da AIDS, sendo que a mãe faleceu há onze meses.

A fantasia de culpa da criança que perde um genitor é usualmente acompanhada de fantasias de ataque do objeto perdido, de retaliação aos ataques reais, ou fantasiados realizados ao genitor perdido.

Esta fantasia de retaliação pode aparecer no temor da castração peniana e relaciona-se ao momento de desenvolvimento psicosssexual de vivência de angústia de castração mais intenso. Pode estar relacionada à fantasia de



enurese, revelando fantasias inconscientes persecutórias (Winnicott, 1997). O ataque do objeto perdido pode ser temido ou buscado para aliviar a culpa, o que está relacionado ao sintoma de agressividade.

FANTASIAS DE REJEIÇÃO

TER SIDO ABANDONADO (A) PELO OBJETO PERDIDO

D: Minha mãe não gostava de mim, ela me punha de castigo.

Diego, 4 anos, perdeu a mãe há 4 meses, em decorrência de uma apendicite e erro médico.

G: A minha mãe morreu do coração. E a minha vó morreu de câncer, porque ela não tomava os remédios que precisava.

L: Quem não tomava?

G: A minha m... a minha vó.

L: E a sua mãe?

G: A minha mãe tomava, porque ela gostava de mim.

Gabriela, 6 anos, perdeu a mãe há cinco meses, em decorrência de um enfarto.

A criança costuma sentir-se abandonada pelo genitor morto, interpretando a morte como uma rejeição a ela. O pensamento egocêntrico da criança pequena intensifica esta fantasia. A situação real de descuido por parte do genitor (colocar-se em risco, descuido da saúde, busca consciente ou inconsciente da própria morte) e de experiências de abandono na relação com o genitor contribui para que a criança interprete a morte desta forma.

FANTASIAS DE REPETIÇÃO

REVIVER A SITUAÇÃO DA MORTE

R: Representa os bichos caírem repetidamente da mesa para o chão.

R: Eles não morrem.

Rodrigo, 4 anos, a mãe suicidou-se há um mês, jogando-se do prédio, e ele tentou segurá-la.

Beatriz faz o carro capotar diversas vezes.

B: Nossa! Mais uma vez.

L: Puxa. Tem alguém no carro?

B: (Faz não com a cabeça). Se tivesse já tinha morrido.

Beatriz, 8 anos, perdeu a mãe há dois meses, em um acidente de moto.

Nesta fantasia, a criança encena a situação da perda, mas, desta vez, tem o controle sobre a mesma, pois é quem a está realizando. Podemos compreender a fantasia de reviver a situação da perda como um mecanismo de defesa da criança. É também um mecanismo de elaboração da situação traumática, à medida que permite que a criança expresse sua angústia diante da situação. Apareceu nos momentos em que a criança pôde ter suas defesas diminuídas e entrar em contato com a perda. Podemos considerá-la como um indicador de evolução no processo de luto.

É interessante notar que esta fantasia foi mais presente em crianças que perderam seus genitores mortos de forma violenta (assassinato e acidente de moto), fator que parece incrementar o caráter traumático da perda e demanda a repetição da cena para sua elaboração.

FANTASIAS AGRESSIVAS

VINGAR-SE

JP: Quando eu crescer eu vou ser polícia.

João Pedro, 7 anos, perdeu o pai há três meses, assassinado.

Especialmente quando a morte do genitor tem um responsável, como nas situações de morte violenta e erro médico, a criança pode fantasiar, vingando-se desta pessoa.

Esta fantasia está associada, tanto a um processo elaborativo, como ao impedimento da elaboração. A expressão da raiva em relação ao responsável pela morte do genitor é saudável e esperada. No entanto, esta fantasia também se encontra associada à projeção dos impulsos destrutivos e assume um caráter defensivo, que pode ser necessário em um primeiro momento da elaboração, mas que também pode ser impeditivo da mesma.

FANTASIAS REPARATÓRIAS

ENCONTRAR AJUDA PARA COMPREENDER O QUE ACONTECEU

E: Eu tô precisando de um óculos. Minha vista não tá boa não. (...) eu quero que você me dá um óculos. Você tem um óculos?"

Eduardo, 7 anos, perdeu ambos os pais em decorrência do vírus da AIDS; a mãe faleceu há onze meses.

A existência de segredo a respeito da morte deixa lacunas que impedem a compreensão do que ocorreu, gerando muita angústia e desejo de encontrar a verdade.

SUBSTITUIR O OBJETO PERDIDO

Tatiana, brincando com os bonecos da caixa lúdica, tenta colocar o nenê no colo da figura que representa a avó e não consegue.

T: Por que esse nenê só fica nesse colo (da figura que representa a mãe)?

P: Pergunta para a tia, eu não sei - diz o pai.

T: Só fica no colo dessa, no colo daquela (figura que representa a avó) ele não fica?

L: Acho que o nenê quer a mamãe, né?.

T: Fica. (Depois que consegue deixá-lo no colo da avó).

Tatiana, 4 anos, perdeu a mãe há quatro meses, em decorrência de melanoma.

Esta fantasia reflete confiança no mundo externo e nos objetos internos. A criança crê que não está totalmente desamparada e que pode encontrar objetos bons, que cuidem dela. Há, portanto, uma diminuição das defesas maníacas e da perseguição, o que permite que ela entre em contato com o sofrimento decorrente da ausência do objeto amado. Quando a criança mantém a confiança no objeto interno bom, ajusta-se mais facilmente à frustração e obtém substitutos que sejam fonte de gratificação.

A fantasia de substituição do objeto perdido ajuda a elaboração do luto, ou reflete que esta elaboração está se processando. Além disso, à medida que a criança fantasia que alguém cuidará dela, não necessita entrar no lugar do genitor morto para cuidar de si mesma.

No entanto, é importante notar que, se a criança tenta substituir o genitor perdido sem ter elaborado a perda, esta fantasia parece estar mais a serviço das defesas maníacas do que de processos elaborativos.

A criança precisa realmente de que alguém cuide dela, e depende deste cuidado para sua sobrevivência física e emocional. No entanto, no caso da criança que está com o genitor sobrevivente, mais importante do que encontrar um substituto concreto é poder transformar a relação com o falecido, com a ajuda do genitor sobrevivente, reinstalando o objeto perdido e amado dentro de si. Se não há conspe-



para lembranças, o desligamento é apenas aparente, brusco e às custas de muita defesa. As lembranças ajudam a criança a manter um diálogo com o objeto interno e a transformar esta relação, o que abre caminho para que se estabeleçam novas relações. Se a relação com o objeto perdido fica estancada, todo o mundo de relações da criança, inclusive com ela mesma, é prejudicado.

PODER ENTRAR EM CONTATO COM A DOR

Gabriela faz um desenho com tinta guache. Faz o mesmo desenho durante duas sessões. Ao longo de sua elaboração ele passa de uma mescla de cores vivas para o cinza escuro. Gabriela coloca praticamente toda a tinta disponível no desenho, deixando o papel bastante pesado.

"G: Acho melhor por pouquinho de preto.

L: Só um pouquinho?

G: Porque um pouquinho de nada não faz mal.

L: Se puser muito faz mal?

G: Fica feio se pôr muito. Ninguém usou esta tinta aqui [tinta preta]? Fica duro de abrir. Só isso que pode pôr de preto, eu acho.

L: Só pode colocar isso?

G: Só, pode por mais um pouquinho, se quiser. Se não quiser, não faz mal.

Gabriela, 6 anos, perdeu a mãe há cinco meses, em decorrência de um enfarto.

Revela a necessidade de elaboração do luto e pode ajudar a criança a entrar em contato com seus sentimentos e elaborar a perda. Parece ser um indicativo de bom prognóstico para a elaboração. Esta fantasia aparece em momentos em que a culpa persecutória está diminuída, assim como o emprego de defesas maníacas.

RECUPERAÇÃO DO OBJETO PERDIDO, INTERNAMENTE

Como expusemos anteriormente, algumas crianças apresentaram a fantasia, de caráter reparatório, de recuperar internamente o genitor perdido. Poder ter o genitor vivo dentro delas, na tentativa de manterem um diálogo com o objeto interno. O luto pode levar a um estado melancólico quando o objeto interno do genitor perdido se torna um objeto estranho no mundo interno, com o qual não é possível diálogo e transformação. Portanto, esta fantasia pode indicar que processos elaborativos estejam atuando.

FANTASIA E ELABORAÇÃO DO LUTO

O sentimento de desamparo parece ser aquele que predomina na mobilização das fantasias da criança, o que aponta para o fato de que a situação de morte de um, ou ambos os pais gera, na criança, um sentimento de profunda ameaça em sua sobrevivência física e emocional. Isto se agrava pelo fato de que a criança, ademais de perder um dos genitores, perde também a situação familiar anterior, pois a família necessita reorganizar-se após a perda de um de seus membros. Além disto, o genitor sobrevivente, ou responsável, em razão do vínculo com o falecido, está, também, muito mobilizado com a morte, o que acarreta uma dupla perda para a criança e uma sensação de maior desamparo.

A possibilidade de a criança elaborar o luto vincula-se ao processo de elaboração do luto pela família e à fantasmática inconsciente familiar. A tarefa de elaboração do luto da criança depende, não somente de seus recursos, mas também dos recursos de seu cuidador; ou seja, de como ele é capaz de auxiliá-la neste processo, porque ele, por sua vez, é capaz de lidar com a perda. Além disso, depende de como a criança e o genitor lidam com o fato de que são indivíduos separados, ou seja, de como elaboraram a posição depressiva arcaica.



A criança costuma sentir-se abandonada pela pessoa que

pode ser difícil para ela compreender que os pais sofreram algo, independentemente de sua vontade. A vivência de abandono é mais intensa quando a causa da morte do genitor se vincula a uma atitude irresponsável, ou de busca inconsciente da morte. Se a causa da morte é o suicídio, a fantasia de abandono é mais intensa, pois a busca pela morte é explícita.

A fantasia de ter sido responsável pela morte do genitor deve ser encontrada, em maior ou menor intensidade, em todas as crianças que perdem um genitor e é intensificada, quando a relação com o genitor era caracterizada por ambivalência intensa.

A morte do objeto rival, no momento de elaboração edípica, incrementa as fantasias de culpa, de caráter persecutório, em relação aos desejos edípicos, o que dificulta a elaboração do Édipo e do luto. Quando a criança vive a situação edípica, a presença concreta do progenitor, que é sentido como rival, permite a constatação de que ainda que ela sinta raiva dele, não o destruiu; o objeto é suficientemente bom, porque é capaz de suportar seus sentimentos de raiva, o que ameniza sua angústia e culpa. No entanto, quando o genitor objeto de rivalidade falece, a criança sente que seus desejos são muito poderosos e que os sentimentos de raiva são muito destrutivos.

É importante que alguém exerça o papel de continente para os sentimentos de raiva da criança, ajudando-a a lidar com a ambivalência emocional e seu sentimento de culpa. No entanto, neste momento, o genitor sobrevivente e os demais membros da família estão muito fragilizados e, muitas vezes, não conseguem oferecer o suporte de que a criança necessita. Desta forma, a psicoterapia pode ser essencial como espaço de continência para a criança e sua família.

O genitor sobrevivente deve deixar claro que, embora o lugar do genitor morto esteja vago, não é e não poderá ser da criança. Quando o genitor sobrevivente não o faz, atuando sentimentos contraedípicos em sua relação com a criança, esta pode ter seu sentimento de culpa incrementado, por sentir que triunfou perante o genitor morto e que suas fantasias edípicas podem ser concretizadas. Isto aumenta a persecutoriedade do objeto perdido, dificultando a elaboração do luto.

A agressividade reprimida em relação ao objeto perdido pode ser um entrave para a elaboração do luto. A dificuldade da criança em expressar sua agressividade pode estar associada à pouca continência da família em relação aos sentimentos hostis da criança. A família não consegue ser continente para estes sentimentos, quando não lida bem com a própria agressividade e culpa. Neste caso, a criança e sua família necessitam utilizar defesas maníacas para não entrarem em contato com a raiva, o que dificulta a elaboração do luto.

A situação de morte violenta, especialmente por tratar-se de uma situação repentina, na qual há uma cena traumática e em que existe um responsável pela morte, constitui um fator determinante de fantasias, sentimentos e reações comportamentais específicos. Assim, por exemplo, a desidealização brusca do genitor perdido, as dificuldades de identificação com este progenitor e o intenso sentimento de desamparo e fragilidade diante da vida apareceram associados à perda do genitor por morte violenta.

Nossos dados apontaram para o risco de a criança que não pode elaborar o luto, mantendo-se presa às defesas maníacas, apresentar complicações neste processo, que poderiam se apresentar nas seguintes formas: melancolia; "falso self"; distúrbios de aprendizagem; estancamento do desenvolvimento geral. Isto evidencia a importância de atentarmos à criança enlutada e sua família, na tentativa de oferecermos intervenções adequadas para ajudar que tenham um luto exitoso.

A compreensão da dinâmica do caso e do eixo principal que determina a configuração das fantasias da criança permite que se possa compreender como a criança está elaborando a perda e os fatores que podem estar dificultando este processo, indicando a intervenção apropriada, quando necessário.

Duas das crianças do presente estudo apresentaram, como fantasia principal, a fantasia de identificação com o genitor morto de caráter predominantemente fusional, ou seja, de ocupar o lugar do genitor morto. Os fatores que contribuíram à configuração desta fantasia são: as crianças eram do mesmo

sexo que o genitor falecido; fantasia inconsciente familiar de reposição da figura perdida; fantasia de identificação da família da criança com o genitor perdido. Esta fantasia apareceu associada ao impedimento da elaboração do luto.

Em outras duas crianças, a fantasia de culpa edípica pela morte do genitor foi a predominante e os principais fatores que contribuíram para sua configuração foram: a relação ambivalente com o genitor perdido, o pensamento egocêntrico e o momento edípico de desenvolvimento psicosssexual.

Em outro caso, a fantasia principal foi de culpa pela destrutividade, e os principais fatores que contribuíram para sua configuração foram: a relação ambivalente e confusa com os genitores; criança estigmatizada como agressiva, fantasia da família de identificação da criança com aspectos negativos dos pais; segredo em relação à causa da morte.

Nos três casos em que a fantasia ligada à culpa era a predominante, ficou claro que a culpa persecutória estava dificultando os processos de elaboração.

Embora possamos encontrar fantasias semelhantes em diferentes crianças, o que pareceria uniformizar seu universo fantasmático, há determinados fatores, cujo interjogo confere o colorido das fantasias, tornando-as únicas para cada criança. A variabilidade da construção das fantasias de crianças que passaram pela experiência de morte de um, ou ambos os pais dá-se de acordo com os seguintes fatores:

- momento de desenvolvimento da criança: psicosssexual, cognitivo e modo de funcionamento egóico;
- condições circundantes ao evento da morte: tipo da morte; como aconteceu;
- dinâmica familiar antes e após a morte;
 - modo como a família lidou com a morte: informação fornecida e possibilidade de fazer perguntas; possibilidade de participar do luto familiar, espaço na família para o luto poder ser vivido;

- lugar determinado para a criança na família, antes e após a morte;
- relacionamento da criança com o genitor falecido e demais membros da família.

Pudemos chegar ao apontamento de alguns fatores que poderiam facilitar e outros que poderiam dificultar a elaboração do luto da criança. Preferimos não nomeá-los fatores de risco para o luto complicado da criança, pois, para tanto, teríamos de descrever o luto complicado na criança, que não está sistematizado na literatura, e este não foi o objetivo de nosso trabalho, o que exigiria um acompanhamento da criança ao longo de seu processo de elaboração e não somente um diagnóstico inicial.

FATORES DIFICULTADORES

A) **Família:** Não fornecimento de informação correta a respeito da morte do genitor; atitude de negação do sofrimento por parte da família; impossibilidade de elaboração do luto; não compartilhar o luto com a criança; exigência consciente/ inconsciente de que a criança ocupe o lugar do genitor perdido; continência insuficiente para os sentimentos de desamparo e abandono da criança; relação muito ambivalente com o membro perdido; distanciamento afetivo do genitor sobrevivente na família.

B) **Criança:**

Relação com o genitor perdido: muito ambivalente; confusa e indefinida; ser do mesmo sexo que o genitor; relação de apego ansioso.

Momento de desenvolvimento cognitivo: momento de desenvolvimento cognitivo pré-operatório.

Momento de desenvolvimento emocional da criança: criança que não elaborou bem a posição depressiva; modo de funcionamento egóico predominantemente na posição



- C) *Circunstâncias da morte*: repentina; violenta; prematura; testemunho da criança na situação da morte violenta; não conhecimento da causa da morte; morte tratada na família como tabu; situação de morte em que houve descuido real por parte do genitor; desejo consciente/ inconsciente de morte por parte do genitor.

FATORES FACILITADORES

Ausência dos fatores dificultadores apontados; possibilidade de expressão dos sentimentos (na família e/ou em situação psicoterápica); relação segura com o genitor sobrevivente; evocação da família quanto aos aspectos positivos do genitor perdido e manutenção das lembranças da criança; modo de funcionamento egóico da criança e da família predominantemente na posição depressiva.

Determinadas fantasias refletem processos elaborativos do luto, enquanto outras estão associadas à complicação da elaboração. Estão vinculadas a processos elaborativos quando relacionadas a um funcionamento egóico predominantemente na posição depressiva e a complicações no processo quando o mecanismo predominante é esquizoparanóide. É importante esclarecer que a presença destas fantasias pode ser um indicativo para o diagnóstico do luto da criança, não tendo a pretensão de encerrar uma avaliação⁴.

Fantasias que podem estar associadas à complicação na elaboração:

- Fantasias de culpa de caráter persecutório
- Fantasias de retaliação do objeto perdido
- Fantasias de aniquilamento
- Fantasias de identificação (de caráter fusional e de identificação com aspectos negativos do genitor)
- Fantasias de castração

⁴ Para maiores informações a respeito do processo psicodiagnóstico com crianças enlutadas ver Mazorra (2001)

- Fantasias de rejeição
- Fantasias de desidealização do objeto perdido (desidealização brusca)

Fantasias que refletem processos elaborativos do luto:

- Fantasias reparatórias
- Fantasias de identificação com aspectos considerados positivos do genitor
- Fantasias de repetição da situação da perda
- Fantasias de desidealização do objeto perdido (desidealização gradual)

Percebemos, ainda, a existência de um terceiro grupo de fantasias, que parecem ter a função de defesa, talvez necessária em um primeiro momento de elaboração do luto e, desta forma, importante para que ocorra a elaboração em um segundo momento. Ao mesmo tempo, se a defesa se prolonga indefinidamente, a perda não pode ser elaborada. Portanto, estas fantasias não estão exclusivamente associadas a processos elaborativos, ou complicadores da elaboração. Sua intensidade e por quanto tempo atuam no mundo fantasmático da criança indicará a função que podem estar tendo prioritariamente.

Estas fantasias são:

- Fantasias de onipotência
- Fantasias de negação da perda
- Fantasias de idealização
- Fantasias regressivas
- Fantasias agressivas

A elaboração do luto da criança depende do modo pelo qual ela significa a perda e das fantasias que constrói a respeito da mesma, condições extremamente relacionadas às informações que recebe do adulto cuidador e do espaço que tem na família para poder pensar, fantasiar sobre o que aconteceu, compartilhar seus pensamentos e significar a perda.

Tendo em vista que a possibilidade de a criança elaborar o luto se vincula ao processo de elaboração do luto pela família,

é fundamental atentarmos à família sempre que uma criança enlutada é trazida para atendimento psicoterápico. Portanto, trabalhar somente com a criança, especialmente em um primeiro momento da intervenção, não parece ser tão eficiente quanto realizar intervenções também com a família.

Além dessas considerações, nosso estudo aponta para a importância da avaliação diagnóstica das crianças enlutadas em função das seguintes necessidades:

- avaliar a necessidade de atendimento, não somente da criança, como de sua família;
- não manter a criança como o paciente identificado, encaminhando se necessário e possível, a família para atendimento familiar, ou demais membros para atendimento individual também;
- apontar que a família tem um papel central no processo de luto da criança;
- avaliar se a criança tem condições de participar de um trabalho psicoterápico em grupo, ou se o atendimento individual é mais indicado.

A aproximação do mundo fantasmático da criança enlutada em decorrência da morte de um, ou ambos os genitores, daquilo que acontece com ela, não apenas no plano consciente, mas também no nível inconsciente, pode instrumentalizar o profissional que trabalha com a criança enlutada e com o adulto que viveu esta experiência na infância. Com o levantamento das fantasias associadas a esta experiência e dos fatores a elas vinculados, pretendemos estar contribuindo a esta instrumentalização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARIM, S.I., (1988), *Duelos en la infancia*, Revista Uruguaya de Psicoanálisis, 88:39-54.
- BOWLBY, J., (1979), *Formação e rompimento dos laços afetivos*, São Paulo, Martins Fontes.
- _____, (1990), *Apego*, in *Apego e Perda*, vol. 1, São Paulo, Martins Fontes.
- _____, (1993), *Perda: tristeza e depressão*, in *Apego e Perda*, vol. 3, São Paulo, Martins Fontes.
- FREUD, S. e BREUER, (1893-1895 [1996]), *Estudos sobre a histeria*, in *Obras Completas*, Rio de Janeiro, Imago.
- FREUD, S., (1915 [1996]), *Reflexões sobre os tempos de guerra e morte*, in *Obras Completas*, Rio de Janeiro, Imago.
- GUÉRIN, G., (1979), *Estar de luto*, in *A criança e a morte - crianças doentes falam da morte: problemas da clínica do luto*, Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- GRINBERG, L., (2000), *Culpa e depressão*, Lisboa, Climepsi.
- MAZORRA, L., (2001) *A criança e o luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor*, Dissertação de Mestrado, PUC-SP, São Paulo.
- WINNICOTT, D.W., (1997), *Contribuição para uma discussão sobre a enurese*, Porto Alegre, Artes Médicas.

CAPÍTULO 3

A MORTE DE SI MESMA: A CRIANÇA GRAVEMENTE ENFERMA

MARILIA F. AGUIAR

Eles nada me dizem, mas eu sei. Tenho um tumor. A gente morre... existem crianças que morrem, eu também vou morrer.

Jeannette, 11 anos¹

Sempre que nos deparamos com a idéia da morte, muitas fantasias tomam conta da nossa imaginação. Quase ninguém percebe a morte como um processo natural - a vida neste planeta, que começa com o nascimento, termina com a morte. Conhecida como uma das maiores angústias do ser humano, é abordada pela Filosofia e pelas Ciências. Na Literatura, adentra as artes; de uma maneira geral, aparece nas religiões. Porém, falamos nela sempre do lugar de quase imortais que nos consideramos. Acontece que a morte é real. As pessoas morrem. E quanta aversão esta morte causa! Aversão maior, só a morte da criança. Achamos que é um acinte a morte de uma criança. Mas não tem como: as crianças também morrem! Os fatos são inflexíveis. Morrer é uma condição humana principal e universal.

Se para nós, adultos, supostamente dotados de maiores recursos internos para lidar com o tema, a morte tem um caráter



¹ Todos os nomes usados são fictícios, a fim de proteger a identidade das crianças.

tão assombroso, o que dizer para a criança, quando "obrigada" a conviver com um adoecimento grave, para o qual nenhuma terapêutica conhecida é efetiva no sentido de levar à cura do corpo físico? Quando a criança se encontra na iminência de morrer, em consequência de um adoecimento, defronta-se com a morte de uma maneira muito particular. Como este pequeno ser enfrenta a dor pela maior das perdas, que é a perda da própria vida?

Tais questionamentos fizeram-me aprofundar o desenvolvimento do tema. Não sei dizer, com certeza, como foi que comecei a acompanhar crianças que estavam na iminência da morte. Trabalhava numa casa de apoio a crianças com câncer que acolhia, não só pacientes, do interior como também crianças de Belo Horizonte em tratamento. Elas passavam as tardes na Casa onde brincavam e seus acompanhantes também recebiam atenção terapêutica. Sempre que alguma criança estava internada, era eu que ia visitá-la. Algumas vezes, elas já estavam tão debilitadas, que nem era possível uma abordagem. Nessas ocasiões, acolhia os pais, que eram ouvidos e confortados por mim.

Porém, sempre foi a criança o foco de meu interesse e, para poder acolhê-la neste momento tão delicado - o confrontar-se com a própria morte - que me dispus a conhecer melhor o mundo interno da criança doente grave; tive sempre como referência a própria criança e o simbolismo de seu mundo uma vez que não existe uma maneira estandardizada de morrer, guia único para se usar, para ajudar pessoas em estado terminal, ou maneira de prever prontamente o resultado do trabalho de auxílio a um paciente terminal.

À medida que a casa ia crescendo, e mais crianças foram sendo atendidas, comecei a frequentar outros hospitais que atendem crianças com câncer. Fiquei conhecida pelas equipes médicas e, principalmente, pelas assistentes sociais. Em consequência, estas profissionais passaram a indicar meu trabalho também para outras famílias que tinham crianças com câncer e que não recebiam assistência psicoterapêutica. Com isso, minha atuação junto a esses pequenos pacientes foi se

ampliando para além daqueles que estavam, de alguma forma, sendo atendidos por alguma instituição.

Pude observar que as crianças que têm a vida ameaçada pela morte sentem que é sério, que vão morrer, ou estão morrendo, mesmo que nada seja dito claramente. Sua reação diante da realidade está diretamente relacionada a múltiplos fatores, como o tipo de doença e como é vista, a duração e intensidade da dor e do sofrimento, a idade e a maturidade da criança e dos demais membros da família, a natureza e a qualidade do relacionamento, o papel da fé, dos credos e das expectativas, a qualidade e a quantidade de apoio, o número de perdas passadas e as pressões atuais, os tipos de personalidade e as habilidades de enfrentamento já adquiridas (Ashton e Ashton, 2000).

Quando a criança doente é mais nova, percebe as coisas por inteiro, como um bloco único, não conseguindo distinguir-se do contexto onde está envolvida. Acompanhando Aninha, com dois anos e seis meses e diagnóstico de leucemia, pude perceber que a doença, e depois a morte foi um grande desconforto físico. Ela ficou hospitalizada muito tempo, ligada ao soro, recebendo medicação através de um cateter e sempre com oxigênio ligado.

Já a criança maior vai aprendendo, gradativamente, a reconhecer as ameaças que a cercam e identificando as diferentes partes de seu corpo que sofre. Costuma ligar a doença a algum acontecimento vivido, conflitos banais da evolução afetiva, ou até experiências familiares, como ter agredido um irmão, não ter comido uma refeição. Estas crianças consideram a morte como um homem ou um lobisomem que vem para levar as pessoas. A morte, então, fica ligada à idéia de uma ação má, um acontecimento medonho, algo que clama por recompensa ou castigo (Valle, 1997; Kubler-Ross, 1998).

Porém, independente de sua idade e de sua capacidade de entendimento, novos limites pessoais vão sendo criados e sensações de dependência, fragilidade e impotência começam a fazer parte do mundo da criança. Ela percebe que algo muito

ruim está acontecendo e se sente ameaçada por este desconhecido. A experiência de conviver com a doença e o tratamento que se integrou em sua vida, de uma maneira global, adquire um novo tom, pois as questões da morte e do morrer agora também são pontos de preocupação e reflexão. Sua rotina está sempre ligada à doença e ao tratamento. A criança passa a conviver com estas questões, por meio da observação da realidade que a cerca, bem como com a evolução clínica dos quadros de seus companheiros de infortúnio, seus novos amigos.

Alguns autores (Aberastury, 1984; Raimbault, 1979; Bluebond-Langner, 1978; Valle, 1999) falam que a construção deste conhecimento, segue estágios:

1. estou muito doente;
2. tenho uma doença que pode matar as pessoas;
3. tenho uma doença grave que pode matar as pessoas;
4. tenho uma doença grave que pode matar crianças;
5. estou morrendo.

A percepção da morte próxima requer a elaboração do luto da própria criança. A criança gravemente enferma já está em processo de luto, por numerosas perdas: perda de saúde, da esperança em uma longa vida, a perda da esperança de ver seus sonhos realizados, para citar apenas algumas. Estas perdas estimulam certos padrões de comportamento e, de modo geral, são acompanhadas por uma progressão de etapas e sentimentos. Tristeza, sofrimento profundo e depressão são respostas emocionais normais a perdas. A negação frente a ela depende de muitos fatores, principalmente de ordem emocional, expressando-se por negação intensa, intercalada com crises de raiva e ansiedade extremas. Kübler-Ross (1998) identifica dois tipos de depressão em uma situação terminal:

- * 1. diante das perdas reais experimentados no decorrer do processo da doença, como perdas físicas, emocionais e materiais - depressão reativa, e

2. a percepção da iminência da morte, levando a um quadro depressivo que corresponde a um luto antecipado pela perda derradeira, que é a perda da vida.

Este foi o caso de Mario, seis anos, com leucemia e nosso hóspede na Casa de Apoio. Acostumada a encontrá-lo sempre alegre e bem disposto, mesmo quando internado, fiquei surpresa quando o encontrei muito triste, na enfermaria do hospital, no colo da mãe. Logo que entrei, ele se mostrou avesso a minha visita e até começou a resmungar. Havia levado um jogo de montar e o convidei para montá-lo comigo. Ele não quis. Depois de quatro dias, faleceu.

A ansiedade em torno de uma separação involuntária pode ser uma reação intensa à perda e ao medo, e muitos sintomas podem acompanhar essa emoção. A perda de um mundo seguro e protetor comumente leva a uma vulnerabilidade crescente e ao medo em relação a futuras perdas. Pode ser considerada uma reação normal e saudável (Ashton e Ashton, 2000; Bowlby, 1990).

Crianças também vivenciam culpa, geralmente uma mistura desordenada de insegurança, dúvida, autocondenação, autojulgamento, ansiedade e medo. Esse sentimento ocorre quando um indivíduo irrealisticamente se sente responsável pela condição, ou morte do outro (ou até dele próprio).

A raiva, outro sentimento comum nos processos de luto, assim como outras emoções, pode ser uma emoção saudável desde que aceita e reconhecida, podendo ser usada para mudar e redefinir o olhar para a situação. Pode ajudar a construir um ambiente seguro e encorajar emoções adicionais. A raiva que é repreendida, ignorada, guardada, ou direcionada a uma pessoa pode levar à depressão, confusão, ou culpa.

Acompanhei Diogo, com leucemia e doze anos de idade, durante sua fase terminal. Estava internado, pois pegou uma infecção no ambulatório. Negava-se a ter contato com qualquer pessoa, mesmo com o corpo de enfermagem. Ficava sempre deitado de lado, de costas para a porta. Quando chegava alguém à sua frente, demonstrava enorme hostilidade.

As reações dos pais e da criança ao diagnóstico ou prognóstico estarão diretamente correlacionadas aos níveis de entendimento e atual fase no processo de superação da tristeza. No começo, a maior parte das crianças e pais luta pela vida. Eles buscam a cura ou, ao menos, esperança de uma degeneração lenta. Durante essa etapa da doença, é perfeitamente normal negarem que a morte está próxima.

As oscilações provocadas por melhoras e recaídas são extremamente esgotantes. Entretanto, comumente possuem um efeito preparatório. Em algum ponto, os indivíduos se conscientizam de que a situação não melhorará. Essa é a fase terminal. A partir de agora, o luto pode ser diferente, com essa nova aceitação da morte próxima. Neste momento, Lucinha, com um câncer metastático, calou-se. Começou a solicitar papel e desenhava muito, oferecendo suas produções para os parentes e equipe, presenteando-nos. O mesmo silêncio tomou conta de Beatriz. Mesmo desenhando, sempre que solicitada, não gostava de conversar sobre eles. Quando muito, respondia, monossilabicamente a alguma pergunta.

De acordo com Torres (1999), o momento em que se fecha o diagnóstico, quando a possibilidade de uma remissão praticamente inexistente, gera uma crise que se caracteriza por um choque maior do que a crise inicial, no momento do diagnóstico. Este choque leva a uma oscilação entre a negação e a aceitação. Esta oscilação parece fazer parte do processo de morrer uma vez que aparece, também, em pacientes adultos. É determinada principalmente pelas relações com as pessoas que são figuras-chave e essenciais à preservação da sua auto-estima.

O luto antecipatório é um fenômeno real, e seu aspecto fundamental relaciona-se com aquilo que está sendo perdido: o futuro, antecipadamente destruído, gerando uma alteração brusca no estilo de vida (Rando, 2000; Fonseca, 2001). A pessoa, nas proximidades do término da vida, constitui a figura central do processo vida e morte, ao experimentá-lo.

Como podemos perceber, esse processo leva o indivíduo que está morrendo a um ajustamento na maneira como ele vê a

si próprio e aos outros, assim como na maneira que ele define a unidade familiar. A redefinição de si mesmo feita pelo paciente, em resposta a mudanças nas habilidades e capacidades resultantes das limitações impostas pela doença, é parte crítica do processo. Para aquele que está morrendo, redefinição significa deixar apagar aquela visão que possuía a seu respeito como pessoa e desenvolver novas imagens sobre si próprio, suas capacidades e outros aspectos que possam ter mudado. Ele altera a identidade com o passar do tempo.

O paciente terminal não teme somente a morte. Às vezes, o medo de sentir-se sozinho e abandonado, o medo da separação e da perda dos apoios de situações conhecidas e prazerosas é mais angustiante que o medo de morte. Kovács (1992) fala desta situação, como sendo a morte em vida. A interação com as pessoas significativas, a preservação de relacionamentos-chave e o apoio daqueles mais significativos para a pessoa doente são tão importantes, que suas ausências são quase sempre alvo de alguma intervenção por parte dos profissionais que acompanham o caso. Com o tempo, a interação e o envolvimento com todos tornam-se as coisas mais importantes que o doente precisa.

Davies (2000) realizou um estudo cujas descobertas também enfatizam a importância de se dirigir diretamente àqueles que se encontram no centro do fenômeno - os doentes. Focar apenas nos familiares e excluir os pacientes do estudo do luto antecipatório nega o importante papel dessas figuras-chave e limita nosso entendimento do fenômeno.

Como a criança é muito perceptiva, logo se dá conta que sua morte é iminente. Ela aprecia uma comunicação aberta sobre sua doença e seu prognóstico. Entretanto, alguns criticam esta posição de falar abertamente com a criança terminal, pois isso pode significar-lhe uma negação de esperança. E afirmam a proposta do *SIOP Working Committee*²: sempre é possível para a criança morrer sem dor, medo e ansiedade (Tadmor, Postovsky, Elhasid, Barak e Arush, 2003).

² Comitê de Trabalho da Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica

O preço do silêncio pode representar, contudo, o surgimento e/ou agravamento de sintomas, angústia profunda, sensação de abandono e solidão. A comunicação, principalmente para a criança terminal, assegura-lhe que ela não está sozinha e que não se "desistiu" dela. (Lopes e Valle, 2001; Françoso e Valle, 2001; Lopes, Camargo e Furrer, 1999; Kovács, 1994; Kübler-Ross, 1983).

Lopes, Camargo e Furrer (1999) afirmam que a equipe de saúde está mais preparada para dar apoio durante o diagnóstico da doença e também mais apta a dar informações sobre as possibilidades de cura e de tratamento do que durante a progressão do câncer, ou a recidiva. Neste momento, os profissionais passam a ver a criança com um misto de compaixão e desapontamento. Médicos e enfermeiros tendem a afastar-se física e mentalmente desta situação, esquecendo-se de que a ação médica se baseia, tanto na preservação da vida, quanto no alívio do sofrimento (D'Assumpção, 1994). A morte consiste em um sinônimo de fracasso para os médicos.

Como os limites do cuidar são mais amplos que os do curar, sempre existem possibilidades. No momento em que a morte se torna inevitável para a criança, surgem os cuidados paliativos. Interdisciplinar por definição focam sua ação na garantia de uma melhor qualidade de vida para pacientes e familiares, controlando a dor e outros sintomas físicos, lidando com problemas psicológicos, sociais e espirituais (Brasil, 2001).

Uma vez que vários sintomas a que os cuidados paliativos se propõem a tratar são experimentados pela criança e sua família desde cedo no processo, a rígida distinção entre cuidados curativos e paliativos pode retardar a atenção adequada quanto aos cuidados paliativos, sem levar em conta a fase da doença. Nesta linha de pensamento, a *American Society of Clinical Oncology*³, ASCO (1998) aprovou uma política de ação destes princípios. Neste importante documento, são enfatizados os seguintes princípios:

1. integrar cuidados curativos e paliativos;

2. a natureza multidimensional da experiência de adoecimento;
3. controle de sintomas somado ao tratamento anticâncer;
4. suporte psicológico durante todas as fases do tratamento, inclusive no final da vida.

Neste contexto, o alívio da dor e da ansiedade forma um aspecto essencial do cuidado da criança com câncer e deve ser observado ao longo de todo o processo. Este modelo sugere que cuidados paliativos podem ser integrados cedo, concomitantemente com o tratamento curativo, formando a base do tratamento da doença (Tadmor, Postovsky, Elhasid, Barak e Arush, 2003). O mais indicado seria a primeira equipe que, na admissão, começou a cuidar da criança e estabeleceu uma relação com os pais, possa continuar essa atuação até o final da vida.

Em minha experiência, não é assim que ocorre. Apesar de não fazer parte da equipe multidisciplinar que até então atendia às crianças da Casa de Apoio, minha chegada ao contexto hospitalar era sempre bem vinda. Parecia que, com minha presença, a equipe se desobrigava da atenção emocional àquela criança.

A criança precisa ser ajudada a "morrer bem", sem dor, acompanhada das pessoas que ama. Todo o tratamento da criança terminal deve estar direcionado para ferir, ao mínimo, sua dignidade. Os desejos da família devem ser respeitados. O médico deve ser capaz de suavizar o impacto da morte iminente, com o intuito de discutir com a equipe que atende à criança e explorar as possibilidades de reação dos pais, permitindo-lhes a expressão de suas preocupações e envolvimento nas decisões dos processos de cessação do tratamento, iniciação da sedação paliativa, intubação, ordem de não ressuscitação, ou levar a criança para casa, para morrer. O psicólogo pode ser a ponte, o elo, a ligação entre as percepções dos pais e as dos médicos, e entre as necessidades reais dos pais para continuar o tratamento e as necessidades da criança para evitar um sofrimento desnecessário.

³ Sociedade Americana de Oncologia Clínica

Tadmor *et al.* (idem) sugerem que, quando um psicólogo ou assistente social está envolvido com o cuidado da criança, ocorre maior sintonia no tempo em que pais e médicos entendem que a criança não tem mais chances reais de cura e um índice maior de participação dos pais no tratamento de fim de vida. A discussão sobre processos de ressuscitação pode começar mais cedo, uma vez que tanto a equipe, quanto os pais percebem quando a terapêutica, para conter o câncer, já não é efetiva e está provocando somente mais sofrimento, prevenindo dor e medo desnecessários e permitindo, à criança, morte serena. Este enfoque possibilita também, à criança, participar do processo.

Poder abordar diretamente as questões relacionadas à doença e ao tratamento significa a possibilidade de enfrentar as questões ligadas à morte de forma aberta e clara. E esse enfrentamento traz alívio para a angústia que seu ocultamento fatalmente propicia. Ao psicólogo, cabe funcionar como um mediador entre a equipe e unidade de cuidado criança-família, acompanhando os processos, facilitando-lhes sua expressão, possibilitando-lhes o encontro consigo mesmos e criando condições de enfrentamento.

Davies (2000) diz que o processo de desvanecimento compreende sete componentes que se encontram relacionados e entrelaçados: redefinição, estabelecimento de responsabilidades, luta contra o paradoxo e contra a mudança, busca de significado, tentativa de viver um dia de cada vez e seu preparo para a morte. Uma tendência natural é perseguir esses componentes em ordem linear e sequencial. Na prática, porém, essa ordem é confusa; juntos eles formam o todo da experiência de transição.

Não é fácil, para o doente, aceitar as limitações impostas pela doença. Ele conversa sobre a pessoa que se tornou, com tristeza e sentimento de perda. Experimenta raiva, sente-se sem valor e com uma persistente frustração em relação à nova situação. Percebe as transformações, mas reluta em aceitá-las. Quando consegue se redefinir, usa sua energia, mesmo limitada, para apoiar os outros membros da família. Se a criança encontra alguma receptividade nos adultos que a cercam, demonstra esta consciência verbalmente, graficamente, ou

através de seus jogos. Por meio de produções gráficas, nível e conteúdo do brinquedo e dramatização, as crianças expressam as vivências de morte como separação e abandono, a exemplo de Bruna, que na última semana de vida, ainda em novembro, desenhou uma festa de Natal com todos os membros da família, levando presentes para sua mãe, demonstrando toda a preocupação com o sofrimento dela pela sua perda.

É consenso entre os estudiosos da área que a criança que recebe informações e conhece seu diagnóstico na fase inicial da doença apresenta maior ajustamento psicossocial no decorrer do tratamento. Spinetta e Spinetta (1981) assinalam que o medo do desconhecido é pior que o conhecimento e poder falar sobre a morte tornam a criança menos ansiosa. A questão que se coloca atualmente diz respeito às maneiras de comunicar o diagnóstico à criança doente.

Como dito anteriormente, a criança tem uma grande capacidade de observação e capta tudo a seu redor. Às vezes, exprime em palavras a dor da morte. Outras, não. Quando a criança expressa, pode não ser compreendida. Quando o adulto mente, acreditando defender a criança do sofrimento, é como se estivesse negando a dor e a mesma pudesse ser anulada. A verdade alivia a criança e ajuda a elaborar a perda. Há verdades muito difíceis de serem aceitas pelo adulto. Quando ele se nega a esclarecer verbalmente a morte, pode complicar a elaboração do luto da criança e sua relação com o adulto, deixando-a perturbada, não sabendo em quem confiar.

A criança tenta dividir sua percepção com os pais. Frequentemente, os pais resistem a esta partilha, pois não estão preparados, ou não conseguem compreender o esforço dela externalizar tal informação. Consequentemente, a criança pode assumir o papel de provedora de cuidados, talvez pedindo que essas informações não sejam compartilhadas com os pais numa tentativa de protegê-los. Frequentemente, assume papel de adulta, tentando confortar aqueles que estão à sua volta. Até mesmo crianças pequenas podem abraçar e confortar seus pais.

Se a criança terminal não encontra espaço, passa a viver

um silêncio que prefigura o silêncio da própria morte. É como se vivesse, por antecipação, um atributo do morto (Torres, 1999; Kóvacs, 1992). Romper esse silêncio é extremamente terapêutico. O diálogo com a criança terminal permite-lhe expressar suas fantasias, inclusive a culpa, minimizando assim seus medos. Falar com a criança, possibilitar que ela se expresse e responder a suas dúvidas pode ser a ajuda que ela mais precisa e a garantia de que será acompanhada até o final. Não podemos deixar de observar, sempre, que a linguagem simbólica não verbal é a mais freqüentemente utilizada pela criança terminal, para comunicar suas necessidades.

Reynolds, Miller, Jelalian e Spirito (1995), citados por Ramalho (2002) enumeram alguns pontos que consideram importantes e que devem ser observados quanto à abordagem da criança terminal:

- assegurar que ela não estará só e terá alguém a seu lado o máximo possível;
- reassegurar que a equipe fará tudo para controlar sua dor;
- garantir-lhe que nunca será esquecida pelos que a amam;
- permitir-lhe que chore, fique triste, ou com raiva, sem se preocupar em esconder emoções e esforçar-se para "proteger" os pais da dor;
- respeitar seu tempo de reflexão;
- assegurar-lhe que seus pais não estarão sozinhos e que há pessoas que os apoiarão;
- permitir-lhe despedir-se de parentes e amigos;
- mostrar-lhe que os adultos também não sabem muito sobre morte;
- ajudar-lhe a compreender o choro dos pais: choram porque gostam dela e isso as ajuda a lidar com a tristeza de ver o filho doente;

- mostrar-lhe que seus pais sempre se lembrarão dos momentos felizes que passaram juntos e não do choro e tristeza que sentem agora;
- assegurar-lhe que as relações familiares não são sua responsabilidade e que eles poderão procurar ajuda.

É importante não nos esquecermos de que a criança terminal vive um processo de luto antecipatório que segue uma trajetória como qualquer outro luto, envolvendo a angústia da separação das pessoas amadas. Ela pode se afastar de seus pais, pois percebe que é motivo de dor e não deseja fazê-los sofrer. Ser um paciente terminal, convivendo com o morrer constitui um processo estendido, e os atos refletem a duração dos vários aspectos da doença.

A maior parte dos adultos e das crianças vivenciará sintomas de luto em todas as cinco dimensões do sistema humano. Intelectualmente, os indivíduos tentam compreender e entender o que está acontecendo. Emocionalmente, as reações aparecem como sentimentos intensos. Fisicamente, indivíduos vivenciando luto antecipatório podem se tornar debilitados, apresentando dores por todo corpo. Espiritualmente, podem sentir raiva de Deus, ou começar a buscar por significado em busca de sentido fora do evento. Socialmente, esses indivíduos usualmente se retiram, enquanto perdem antigas identidades e, eventualmente, reivindicam nova.

Muitas crianças terminalmente doentes e seus pais têm experiências espirituais que podem ser impressões, pensamentos, sensações, presságios, sonhos ou visões. Elas podem atuar como preparação para a morte e ter um importante papel no luto antecipatório. Mediante tais experiências espirituais, muitos conseguem significar sua morte. As impressões que crianças e seus pais vivenciam parece que os preparam para a morte que se aproxima. Estas experiências também podem ajudar os pais a superar a morte.

No final, a pessoa que está morrendo afasta-se de todos os mais próximos e queridos, como que estivesse se afastando do mundo.



Entretanto, é muito reconfortante para o doente saber que ele não morrerá sozinho.

Porém, à medida que a morte se aproxima, a criança procura defender-se da angústia, solicitando a presença constante da mãe para minimizar seus medos, confortá-la e protegê-la da ameaça de morte. Ela regride a estágios primitivos do desenvolvimento, restabelecendo um vínculo simbiótico com a mãe. Lucinha voltou a ser alimentada na boca pela mãe, caiu da cama duas vezes enquanto dormia, tendo que voltar a dormir numa cama para crianças pequenas. Estava sempre no colo da mãe.

Essas crianças costumam passar longas horas em silêncio, parecendo estar reconhecendo que seu caminho daí para a frente será único e solitário (Perina, 1994). Neste momento, somente o colo da mãe parece ser reconfortante. Já ouvi muitas mães enlutadas relatarem que seus filhos morreram em seu colo, com a cabeça recostada em seu peito.

Para Bowlby (1990), uma das principais funções da figura de apego é proporcionar uma base segura que permita à criança explorar o meio. E a mãe é uma das principais. A morte é uma experiência totalmente nova para ela; a segurança de estar em braços acolhedores parece que lhe dá tranquilidade para fazer esta passagem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. *A percepção da morte na criança e outros escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- ASHTON, J. e ASHTON, D. *Dealing with the Chronic/Terminal Illness or Disability of a Child: Anticipatory Mourning*. In: RANDO, T. A. Clinical dimensions of anticipatory mourning - Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers. Illinois, Research Press, 2000.
- BLUEBOND-LANGER, M. *The Private worlds of dying children*. New Jersey, Princeton University Press, 1978.
- BOWLBY, J. *Formação e rompimento de vínculos afetivos*. São Paulo, Martins Fontes, 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas*. Rio de Janeiro, INCA, 2001.
- BROMBERG, M. H. P. F. *Luto: A morte do outro em si*. In: BROMBERG, M. H. P. F.; KOVÁCS, M. J.; CARVALHO, M. M. J.; CARVALHO, V. A. Vida e morte: Laços da existência. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1996.
- BROMBERG, M. H. P. F. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas, Ed. Livro Pleno, 2000.
- CAPONERO, R., *Muito além da cura de uma doença, profissionais lutam pra humanizar o sofrimento humano*. Prática hospitalar, v. 4, no. 21, p. 29-34, mai/jun., 2002.
- CAPONERO, R. e MELO, A. G. C. *Cuidados paliativos*. In: Sociedade Brasileira para estudo da dor, 1. Consenso Nacional de Dor Oncológica. São Paulo, Associação Brasileira de Cuidados Paliativos, 2002, p. 103-112.
- D'ASSUMPÇÃO, E. A., *Perfil da atitude médica diante do paciente terminal*. Revista Brasileira de Cirurgia, no. 3, p. 159-162, 1994.
- DAVIES, B. *Anticipatory mourning and the transition of fading away*. In: RANDO, T. A. Clinical dimensions of anticipatory mourning - Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers. Illinois, Research Press, 2000.
- FONSECA, J. P.; FONSECA, M. I. *Luto antecipatório* in FRANCO, M. H. P. Estudos Avançados sobre o Luto. Campinas, Ed. Livro Pleno, 2000.



- FRANÇOZO, L. P. C. E VALLE, E. R. M. *Assistência psicológica a crianças com câncer - Os grupos de apoio*. In: VALLE, E. R. M. (org) *Psico-oncologia Pediátrica*. Campinas, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 2001.
- JUDD, D. *Communicating with children*, in: DICKENSON, D. Ad JOHNSON, M. *Death, Dying and Bereavement*. London, Sage Publications, (1993).
- KOVÁCS, M. J. *A criança gravemente enferma e a morte*. In: ASSUMPTÃO JR, F. B. *Psiquiatria da infância e da adolescência*. São Paulo, Maltese, 1994.
- KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento Humano*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1992. KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- KÜBLER-ROSS, E. *On children and death*. New York, MacMillan, 1983.
- LOPES, D. P. L. O e VALLE, E. R. M. *A organização familiar e o acontecer do tratamento da criança com câncer*. In VALLE, E. R. M. *Psico-oncologia Pediátrica*. Campinas, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 2001.
- LOPES, L. F., CAMARGO, B. e FURRER, A. A. *Aspectos da humanização no tratamento de crianças na fase terminal*. *Pediatr. Mod*; 35(11): 894-5, 897-901. nov, 1999.
- MACIEIRA, R. C. *O sentido da vida na experiência de morte - Uma visão transpessoal*. São Paulo, Casa do psicólogo, 2001.
- MELO, L. L. e VALLE, E. R. M. *Vivências de uma criança com câncer hospitalizada em iminência de morte*. In VALLE, E. R. M. *Psico-oncologia Pediátrica*. Campinas, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 2001.
- PARKES, C. M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo, Summus, 1998.
- PERINA, E. M. *Estudo clínico das relações interpessoais da criança com câncer nas fases finais*. Dissertação de Mestrado. USP, São Paulo, 1992.
- RAIMBAUT, G. *A criança e a morte*. Rio de Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1979.
- RAMALHO, M. A. N. *Psico-oncologia e Luto - Crianças com câncer*. In: FRANCO, M. H. P. *Uma Jornada Sobre o Luto - A morte e o luto em diferentes olhares*. Campinas, Ed. Livro Pleno, 2002.

- RANDO, T. A. *Clinical dimensions of anticipatory mourning - Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Illinois, Research Press, 2000.
- SPINETTA, J. J. e SPINETTA, P. D. *Living with childhood cancer*. The C. V. Mosby Co, St. Louis, 1981.
- TADMOR, C. S., POSTOVSKY, S., ELHASID, R., BARAK, A. B., ARUSH, M. W. B. *Policies designed to enhance the quality of life of children with cancer at the end-of-life*. *Pediatric Hematology and Oncology*, 20: 43-54, 2003.
- TORRES, W. A. *Criança Diante da Morte - Desafios*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.
- VALLE, E. R. M. (org) *Psico-oncologia Pediátrica*. Campinas, Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda, 2001.
- VALLE, E. R. M. *Câncer infantil: compreender e agir*. Campinas, Editoria Livro Pleno, 2000.
- WORDEN, J. W. *Terapia do Luto - Um manual para o profissional de Saúde mental*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.
- ZAVASCHI, M. L. S.; BASSOLS, A. M. S.; SANCHEZ, P. C.; PALMA, R. B. *A reação da criança e do adolescente à doença e à morte - Aspectos éticos*. *Revista Bioética*, vol. 1, no. 2, Conselho Federal de Medicina, 1993.

CAPÍTULO 4

IMPACTO DO LUTO EM CRIANÇAS
HOSPITALIZADAS: O TRABALHO NA
CLÍNICA DE HEMATOPEDIATRIA.

VIVIANE CRISTINA TORLAI

"Tenho medo de morrer", disse a folha a Daniel.

"Não sei o que tem lá embaixo."

"Todos temos medo do que não conhecemos. Isso é natural", disse Daniel para animá-la.

"Mas você não teve medo quando o verão se transformou em outono. Eram mudanças naturais. Porque deveria estar com medo da morte?"

(Leo Buscaglia, "A História de uma folha")

Este artigo relata o trabalho desenvolvido pelo Serviço de Psicologia Hospitalar em conjunto com o Serviço de Pediatria do Hospital Brigadeiro - SUS - São Paulo, desde 1982, no qual eu me inseri no ano de 2000, por intermédio do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar.

Este relato é fruto dos atendimentos realizados, em nossa rotina diária, às crianças internadas na Clínica de Oncohematopediatria do Hospital Brigadeiro e não tem a pretensão de esgotar o assunto e sim, de relatar como se manifesta o processo de luto em crianças com câncer, internadas na enfermaria de Pediatria, mediante atividades desenvolvidas especialmente para a facilitação desse processo.

Nossa experiência tem demonstrado que as estratégias de atendimento psicológico utilizadas às crianças com câncer devem, em sua essência, minimizar o risco de má adaptação, objetivando primordialmente a humanização do atendimento e a elaboração do luto da perda da saúde. Nesse sentido, desde 1982, criadas por Heloisa Benevides de Carvalho Chiattonne e implementadas por Luciana Tarabai Araújo e pelo grupo do qual hoje faço parte, o Serviço de Psicologia Hospitalar implantou uma série de atividades programadas, fundamentadas no brincar, como forma de comunicação da criança com câncer, internada ou em tratamento ambulatorial. Essas estratégias são constantemente retroalimentadas por um efetivo trabalho em equipe, contando com a participação de enfermeiros, médicos assistentes e residentes, assistente social, nutricionista e voluntários, do Serviço de Pediatria e do Serviço de Hematologia do Hospital Brigadeiro.

Antes de falarmos do luto da criança com câncer, é de fundamental importância refletirmos sobre as inúmeras perdas sofridas por ela, após a instalação da doença.

O câncer infantil designa um grupo diversificado de doenças cujo grau de morbidade e taxa de mortalidade vão depender do tipo e do desenvolvimento da doença, assim como a idade e a resposta inicial ao tratamento. Atualmente, com o avanço da Medicina e a atenção especial dada à utilização dos quimioterápicos e radioterapia, o índice de cura do câncer cresceu consideravelmente.

Mesmo com os enormes progressos da Medicina nas últimas décadas, o câncer é uma doença ainda vivida como uma fatalidade que elimina a possibilidade do amanhã. Neste sentido, é de fundamental importância evitar que a desorganização emocional gerada pelo diagnóstico de câncer infantil, na família e no ambiente que a cerca, interfira na autopercepção da criança, distorcendo-lhe a realidade e proporcionando a eclosão de sentimentos de medo, fantasias e incertezas quanto ao futuro.

Após o diagnóstico, a criança passa a viver uma rotina diferente da habitual: agora, insere-se além de uma série de

intervenções corporais, a necessidade de afastamento social muitas vezes provocado pela hospitalização, ou até mesmo pelas intercorrências, durante o tratamento (determinados pela imunossupressão).

Diante deste aspecto, a hospitalização é vivida pela criança, como um momento de intensa tensão e perdas, dentre elas: a da saúde, da integridade física, da privacidade, de suas atividades rotineiras, do convívio familiar (pais e irmãos), social (amigos) e escolar (colegas e professores). Neste sentido, os papéis antes exercidos de filha, irmã, aluna entre outros, ficam alterados devido à mudança de contexto imposta pela hospitalização.

Para Torres (1999), com a hospitalização, a criança vivencia ainda uma experiência de desintegração proveniente de um duplo ataque à sua identidade; aquele decorrente das alterações provocadas pela doença no esquema corporal e aquele que se origina do fato de, gradativamente, ela deixar de ser sujeito e ter de se comportar passivamente, para ser considerada um "bom doente" e, dessa forma, não ser rejeitada. Neste caso, o hospital pode funcionar como uma "mãe má" que agride e castra.

Em decorrência do longo tratamento de câncer, as crianças, desde o diagnóstico, passam a conviver com diversas alterações na rotina diária, agora acrescida por uma doença estigmatizante. A ida à escola, aos passeios, às festas, passam a ser apenas objetos de desejo e começam a dar lugar a intensas e quase sempre ameaçadoras idas ao hospital, para consultas médicas, procedimentos terapêuticos e internações (nem sempre programadas).

Diante desta nova realidade, tanto as crianças, quanto seus familiares passam a conviver com um núcleo social novo, formado por profissionais de saúde, crianças doentes e seus familiares.

Muitas vezes, as crianças doentes e familiares passam a manter relações extrahospitalares com outras crianças e familiares que frequentam o ambiente hospitalar, criando um elo de união que se forma pela identificação com a dor de vivenciar uma doença tão estigmatizada. Esta união pode vir a

tratamento, se este percorrer o caminho esperado; no entanto, nos momentos de intercorrências no tratamento (necessidade de internação em UTI, por exemplo), a identificação com o filho doente se faz de imediato, fragilizando, assim, a capacidade de enfrentamento da criança e do familiar inseridos neste contexto. Neste sentido, é muito importante ressaltar a necessidade de individualização das crianças; apesar de muitos obterem o mesmo diagnóstico, o prognóstico é diferenciado para cada criança, pois irá depender de diversos fatores.

Mediante a convivência das crianças e familiares com este novo núcleo social, estes aprendem a lidar com as situações de dor e, muitas vezes, nos momentos de maior aflição, acabam se tornando cúmplices e confidentes.

Durante o tratamento, as crianças e familiares passam a vivenciar freqüentes hospitalizações e, com isso, convivem constantemente com outras pessoas que também se encontram fragilizadas, em decorrência do doloroso diagnóstico e tratamento de câncer. Durante o período de internação, todos terão que aprender a lidar com um ambiente desconhecido e cheio de regras a serem cumpridas.

Franco (1997) ressalta que o processo de luto dos pais de uma criança gravemente enferma pode ter início a partir da informação do diagnóstico. A primeira fase do luto é o entorpecimento, freqüentemente marcado pela crise de raiva. O fato de a criança estar viva faz a diferença em relação à negação da morte; tem-se, no caso, a negação da exatidão do diagnóstico e, particularmente, do prognóstico.

Valle (2001) ressalta que uma forma de se proteger encontrada pela família na situação de hospitalização consiste em "não tomar conhecimento das condições das crianças que estão em estado mais grave, enquanto buscam informações sobre o progresso de outras"; neste sentido, conclui-se que a morte de uma criança na enfermaria tem efeito "devastador" sobre os pais de outras crianças, com câncer que estão no hospital.

Este efeito irá ocorrer independentemente da etapa de tratamento em que a criança internada se encontra, pois o

câncer proporciona, ao indivíduo, a perda do sentimento de invulnerabilidade, no qual o medo da morte está presente como "pano de fundo", em todas as situações.

Quando uma criança morre na enfermaria, os pais das outras crianças acabam por elaborar seu luto pela criança morta e ainda o luto antecipado pela possibilidade da perda do próprio filho. Neste momento de elaboração do luto dos pais, pode parecer difícil conversar com a criança sobre a morte, mas ser sincero quanto ao que sabemos ou sentimos, propicia à criança seu amadurecimento. Principalmente, porque a criança percebe o clima de luto, a ausência do falecido, a dor dos enlutados. A criança também fica enlutada. Portanto, com afeto e sinceridade, deve-se acolhê-la como costumamos fazer com os demais, quando alguém falece.

A maneira como cada um irá reagir diante de uma perda na enfermaria vai depender de diversos fatores, dentre eles: idade, momento do desenvolvimento da criança, estabilidade psicológica e emocional, a significação da perda, o conhecimento e entendimento da doença e tratamento, seqüelas emocionais anteriores com perdas e óbitos, assim como capacidades adaptativas prévias e os recursos de enfrentamento.

Muitos pais, em decorrência da dificuldade de lidar, falar ou aceitar a morte, tentam preservar a criança deste evento com o intuito de protegê-la, não dando espaço para se falar sobre o assunto, não possibilitando a elaboração do luto da criança.

Hisatugo (2000) afirma que muitos adultos temem tratar sobre o assunto da morte com a criança e indiretamente comunicam o ocorrido; no entanto, as crianças possuem uma maneira "mágica" de pensamento e podem ficar confusas com as metáforas utilizadas. As duplas mensagens confundem a criança; "descansar parece ser bom, mas há um clima de sofrimento (o luto) frente a este descanso". Este fato pode desencadear enurese, temor ao escuro, ou a dormir sozinha, terror noturno. Muitas crianças internadas, por exemplo, temem adormecer pelo medo da morte.



Segundo Kovács (1992), o adulto tem uma tarefa...

como facilitador no processo de luto da criança, favorecendo a comunicação e compartilhando a dor, mostrando que sua expressão, seja verbal, ou lúdica, é algo que faz parte do processo.

A criança, em virtude da constante vivência hospitalar, percebe quando o ambiente e as pessoas se encontram diferentes no momento em que há um paciente mais grave na enfermaria; porém, devido à grande dificuldade em se falar a respeito da possibilidade de morte, ou da própria morte por parte dos adultos, cria-se uma situação camuflada, na qual "todos percebem, mas ninguém fala", gerando uma "conspiração do silêncio".

Quando isto acontece, a desconfiança da criança nos adultos tende a crescer à medida que as pessoas começam a evitar suas perguntas e suspeitas. Cedo ou tarde, a criança se aperceberá de que algo mudou e, dependendo de sua idade e personalidade, sentirá um pesar irreparável, tendo este incidente como uma experiência pavorosa, misteriosa e muito traumática, com adultos que não merecem sua confiança e com quem não terá mais condições de se entender (KÜBLER-ROSS, 1997).

Recusar-se a esclarecer verbalmente a morte atravança o primeiro momento de elaboração do luto, que é a aceitação de que alguém desaparece para sempre. A criança espera que o adulto lhe fale a verdade, pois a mentira ou o silêncio só traz confusão e dor; dependendo das informações recebidas, entra em luta a convicção da realidade percebida por ela e a que o adulto lhe relata (VALLE, 2001).

O silêncio pode ocasionar diversos problemas; sua ruptura e a exposição da verdade frente às dúvidas da criança são extremamente terapêuticas. Sentindo que possui aliados para partilhar seus sentimentos acerca da situação, a criança tranquiliza-se e encontra subsídios para tentar elaborar o luto. Os adultos, por mais difícil que seja, necessitam estar ao lado da criança, compreendendo-lhes as reações e respeitando-lhes as vontades (de querer, ou não, obter informações, de despedir-se de alguém). Tanto a família quanto a equipe de saúde deve atuar com a criança na clarificação e no favorecimento da expressão de seus sentimentos, fantasias e temores frente à

morte, evidenciando sempre a necessidade de ajudá-la no processo de elaboração do luto.

Segundo Ramalho (2002), a criança não deve ser excluída da experiência de perda. Sua compreensão de morte será a que tiver condições de realizar e não necessariamente aquela que o adulto espera dela. É, com essa compreensão, que a criança encontrará formas de se expressar e experimentará comportamentos e ações que dêem um significado à perda.

Diante de uma situação de doença grave, como o câncer, os pais encontram muitas dificuldades em falar da morte, pois esta se torna uma ameaça constante na vida de seus filhos, desde o diagnóstico inicial. Neste sentido, muitos pais acreditam que falar sobre a morte com um filho doente pode interferir na capacidade de enfrentamento e esperança da criança. Torres (1999) aponta que a conspiração do silêncio é uma estratégia inibidora e inútil para a criança; inibidora, pois a criança interpreta o silêncio como um significado que deve guardar para si, como as perguntas e sentimentos em relação a determinados assuntos, e inútil, uma vez que as fantasias, os jogos infantis e os dados de estudo sobre a aquisição conceitual mostram que a criança sabe muito mais acerca da morte do que os adultos geralmente supõem.

É mais fácil, para a criança, aceitar o limite da morte do que o mistério, o não dito, o abandono, passando a buscar uma causa concreta para a situação, surgindo, então, os sentimentos de culpa e desamor, fazendo com que ela projete na doença as razões para ser abandonada. Como a família persiste negando-lhe informações, ela passa a viver a morte antecipadamente.

Segundo Valle (1997), quando a criança com câncer fala da morte, de forma explícita ou implícita, ela reflete o desenvolvimento de sua mente, assim como suas vivências, as quais estão muitas vezes impregnadas da aproximação com a morte de um companheiro de enfermaria.

Trabalhando com crianças com câncer, tenho percebido que, quando uma criança perde um companheiro de enfermaria, a melhor forma de possibilitar a elaboração do luto é...



vontades. Em algumas situações, a criança, antecipadamente, pode ir se preparando para a perda de um companheiro, uma vez que os laços afetivos destas crianças se tornam fortes e podem se estender à vida cotidiana extrahospitalar.

Quando uma criança tem um amigo com câncer em fase terminal, e este amigo tem a possibilidade de passar seus últimos dias em casa, ao lado da família e de seus amigos, em geral as atividades realizadas por esta criança, em fase terminal, são vistas como uma despedida e, neste sentido, a proximidade das crianças permite o início da elaboração do luto de cada uma. A criança ainda em fase de tratamento inicia seu processo de luto pela aproximação da morte de um amigo querido, enquanto a criança em fase terminal elabora seu próprio luto.

Bruno, dez anos, diagnóstico de LLA (Leucemia Linfóide Aguda) acompanhou os últimos dias de seu colega que se encontrava fora de perspectiva de tratamento. Durante a última semana que antecedeu ao óbito do amigo, Bruno participou de passeios, missas e até de seu batizado. O tema da morte entre os amigos não era explícito, mas os dois sabiam sobre a possibilidade, pois os eventos dos quais haviam participado permitiam a reflexão sobre o assunto.

Logo no início, quando seu amigo recebeu alta para ficar em casa, a mãe de Bruno me perguntou se deveria falar com ele a respeito da morte do amigo. Foi orientada a deixar que ele tivesse a possibilidade de expressar seus sentimentos e que não fosse afastado da possibilidade da morte do amigo, mas que lhe fosse permitindo descobrir por si só qual seria a melhor maneira de lidar com esta questão, respeitando sempre suas vontades e seus desejos.

Quando ocorreu o óbito do amigo, a mãe de Bruno conversou com ele sobre o ocorrido e ele, apesar de triste, compreendeu a situação e relatou que os dois já estavam preparados para isso, mas que naquele momento ele não gostaria de participar do velório e enterro, pois gostaria de ter em mente os dias felizes que puderam compartilhar na última semana.

Permitir que a criança participe da conversa, das discussões e dos temores em relação à morte faz com que ela

não se sinta sozinha na dor, proporcionando-lhe o conforto de uma responsabilidade e o luto compartilhado.

"Se o assunto for colocado para a criança de forma simples e não assustadora, mesmo no início do tratamento, facilitará a comunicação entre a criança, pais e profissionais e poderá proporcionar uma adaptação global ao diagnóstico e tratamento" (RAMALHO, 2002: 76).

Percebo que, quando as crianças, principalmente as maiores, não encontram nos pais a possibilidade de falar sobre a morte, muitas vezes procuram alguém que lhes transmita confiança e escuta. Em virtude da identificação com a situação vivenciada, as crianças podem buscar, no próprio companheiro de enfermaria, um refúgio para falar sobre a morte, uma vez que estão passando pela mesma situação e podem falar abertamente sobre seus medos e fantasias.

Lembro-me do caso de Daniel, de onze anos, com recidiva do diagnóstico de leucemia bifenotípica, sem perspectiva de tratamento. Daniel nunca teve a possibilidade de falar sobre a morte com a mãe nos momentos em que aconteciam óbitos dos amigos na enfermaria. O tema da morte era um assunto que amedrontava muito e ela tinha esperança quanto à possibilidade de cura do filho.

A mãe acreditava que falar a respeito da morte com Daniel poderia permitir que ele desistisse da vontade de lutar pela vida. Neste sentido, a cada óbito que ocorria na enfermaria, a mãe dava a ele brinquedos e revistas como forma de recompensar a perda e não se falar nela.

Próximo à morte de Daniel, sua mãe sentiu-se extremamente fragilizada, e o tema da morte aparecia desorganizadamente nos desenhos realizados por ela, com frases e poemas dedicados ao filho, como se essa fosse uma forma de se despedir e de compensar o silêncio até então mantido pela família.

Daniel tinha um amigo muito próximo - Felipe, que também realizava tratamento de leucemia, mas que, no momento, se encontrava fora de quimioterapia. Daniel e Felipe sempre estiveram muito próximos nas internações e, na vida fora



No dia do enterro de Daniel, Felipe estava presente para acompanhar o amigo e, nos momentos que antecederam o fechar do caixão, Felipe me procurou, pois durante todo o tratamento conversavam muito sobre a morte dos amigos em comum e juntos descobriam seus medos, fantasias, enfim, compartilhavam o luto. Neste dia, Felipe solicitou que Daniel fosse enterrado com o edredom do qual ele mais gostava, pois em uma de suas conversas, os dois combinaram que 'quem morresse primeiro não deixaria o outro passar frio embaixo da terra'.

Daniel não tinha a possibilidade de falar sobre a morte com sua mãe, mas encontrou no amigo um outro meio de poder elaborar seu luto, assim como Felipe também, após a morte de Daniel, pôde dar continuidade ao seu processo de luto.

A literatura aponta a importância de se falar sobre a morte com a criança; porém, muitos pais se sentem desconfortáveis diante desta temática, pois acreditam que a criança não tem capacidade de entender tal fato, o que poderia proporcionar mais sofrimento e angústia diante do desconhecido. No entanto, a possibilidade de se falar sobre a morte com a criança abre um canal de comunicação muito importante entre os pais e, principalmente, reassegura a criança de que ela não está sozinha e que pode compartilhar os mesmos medos, fantasias e dúvidas. Caso contrário, a criança pode sentir-se confusa e isolada.

Dizer a verdade é sempre a melhor solução; no entanto, a criança pode utilizar-se de diversos mecanismos para enfrentar a situação. A negação é uma delas. Torres (1999) sugere que a negação perante alguns aspectos da morte pode ser algo positivo.

A negação é uma etapa necessária entre a recusa e a aceitação da realidade, um meio de "promover a construção de uma relação paradigmática entre o indivíduo e o meio...; o mundo externo hostil e adverso se torna capaz de penetrar na consciência, apesar da dor, quando vem acompanhado de negação" (TORRES, idem:157). No entanto, é importante saber quando esta fase de negação já foi ultrapassada, pois um clima de irrealidade, quando a criança não mais necessita dele, poderá trazer consequências mais mórbidas e persistentes do que aquelas que a percepção da realidade teria suscitado. (TORRES, idem).

A morte de uma criança na enfermaria também pode suscitar na criança enlutada reações depressivas, o que é esperado em decorrência de uma série de identificações com a pessoa morta. Tal reação pode se fazer necessária para a adaptação ao processo de luto.

É de fundamental importância que a equipe de saúde que trabalha com a criança com câncer enlutada, esteja preparada para as reações apresentadas, respeitando suas dificuldades e auxiliando no processo do luto.

Os profissionais de saúde que trabalham com a criança com câncer atravessam situações muito difíceis. O contato muito próximo com o sofrimento, com a dor física e a imprevisibilidade do futuro fazem com que, muitas vezes, o profissional se afaste emocionalmente da situação vivenciada, com o intuito de proteger-se da possibilidade de entrar em contato com a sua própria fragilidade, mostrando uma postura fria e insensível aos pacientes.

No entanto, a efetividade do trabalho com as crianças enlutadas se dá também pela inserção de um trabalho em equipe, no qual os profissionais envolvidos no cuidado com a criança tentam, em conjunto, buscar formas de intervenções mais abrangentes que se aproximam das necessidades reais da criança.

A Pediatria do Hospital Brigadeiro, em São Paulo, é referência em oncohematopediatria, atendendo diagnósticos de leucemias, linfomas e anemias aplásticas, entre outros. Está localizada no 8º andar e possui sete leitos, sendo um utilizado para isolamento. Neste mesmo andar, encontra-se também a UTI Pediátrica.

O trabalho desenvolvido no Hospital Brigadeiro junto às crianças se dá mediante a integração de uma equipe interdisciplinar que tem, como principal objetivo, minimizar o sofrimento da criança hospitalizada, promovendo-lhe saúde e principalmente fazendo dela um elemento ativo no processo de hospitalização e doença.

As crianças internadas contam com uma sala de recreação, onde são realizados atendimentos psicológicos grupais às



crianças e seus familiares. O atendimento grupal está inserido como atividade principal do Serviço de Psicologia Hospitalar do Hospital Brigadeiro, seja ele realizado na própria sala de recreação, ou ainda no pátio externo do hospital.

Acreditamos que o trabalho terapêutico em grupo se torna mais eficaz em decorrência de possibilitar, à criança, vivências semelhantes às de seu dia-a-dia, entrando em contato com situações problemas e, conseqüentemente, aumentando seu repertório de respostas positivas (no grupo, os membros se tornam modelos). O grupo exerce sobre a criança a sensação de universalidade, isto é, elas se sentem aliviadas ao perceberem que não estão sozinhas com seus problemas, estimulando assim a auto-relação e a motivação para continuarem enfrentando a situação (ROCHA, 1997).

Em nossa rotina diária, constatamos que, à medida que a criança brinca, consegue exprimir medos, falar sobre sua doença, sobre o tratamento, o hospital, a saudade da família, a morte.

Este fato é confirmado pelos atendimentos realizados às crianças internadas na enfermaria, onde utilizamos o brincar como forma de expressão da situação de doença, tratamento, hospitalização e luto; por intermédio de desenhos, histórias e atividades temáticas ou livres, as crianças expressam livremente seus sentimentos e temores de maneira menos ameaçadora.

Denota-se que as crianças maiores muitas vezes necessitam de uma abordagem mais direta sobre o assunto da morte, pois já apresentam capacidade cognitiva para entender o ocorrido. No entanto, isto não significa que a elaboração do luto se torne mais amena, pois ainda existe muito presente à identificação com o outro, que possui o mesmo diagnóstico que o seu. A maneira como o luto poderá ser expresso é que facilitará a elaboração.

As atividades realizadas com as crianças e familiares são dirigidas e inseridas em nossa rotina diária, com temas específicos, selecionados de acordo com a idade da criança, com o diagnóstico e com o momento atual de hospitalização.

Após o óbito de uma criança na enfermaria, o tema da morte sempre é abordado com as crianças internadas, seja do modo direto, trazido pelas crianças, ou de modo indireto, através de atividades lúdicas propostas pelo Serviço de Psicologia, que possibilitam a livre expressão de sentimentos.

Ana Paula, 09 anos de idade, diagnóstico de leucemia, passou muito mal na manhã de segunda-feira e foi encaminhada de urgência para a UTI Pediátrica.

Ana Paula encontrava-se em um quarto de isolamento reverso e por isso não havia nenhuma criança presente em sua enfermaria; no entanto, nas enfermarias ao lado, encontravam-se diversas crianças, com diversos diagnósticos, inclusive leucemia.

Após a ida de Ana Paula para a UTI, o clima na enfermaria ficou muito tenso, pois apesar de todos saberem da gravidade do ocorrido, muitas crianças encontravam-se assustadas com o tumulto ocasionado pela situação de emergência e movimentação da equipe de saúde, além do desespero manifestado pela acompanhante (mãe), presente no momento.

Infelizmente, Ana Paula veio a falecer pouco tempo depois de sua entrada na UTI. Como de rotina, o Serviço de Psicologia Hospitalar, após estabilizada a situação, reuniu todas as crianças e familiares na sala de recreação, com o objetivo de proporcionar um espaço para falar sobre seus sentimentos, medos, angústias e fantasias despertados pela situação.

Neste encontro, foi realizada a leitura do manual "A História de uma Folha" de Leo Buscaglia, aonde pude perceber o quanto as crianças apresentavam intensa necessidade de falar sobre a questão da morte, sempre sobrepondo com a situação vivenciada anteriormente, o que possibilitou um paralelo da história com a realidade. Na discussão com o grupo, as crianças falaram sobre a vida e a morte de maneira natural, levantando conceitos e dúvidas a respeito das transformações que puderam ser trabalhadas posteriormente com a atividade de plantação de feijão, possibilitando assim a livre expressão dos sentimentos para o início da elaboração do luto de cada um.

Algumas atividades realizadas pelo Serviço de Psicologia Hospitalar do Hospital Brigadeiro estão diretamente relacionadas à questão da facilitação do processo de luto, voltado às crianças e também a seus familiares.

PLANTAÇÃO

Criada por Chiattonne (1982), é uma das estratégias de atuação no grupo diário de crianças que tem, como objetivo, trabalhar as evoluções e transformações ocorridas durante o processo de vida e morte. Geralmente, a plantação é feita com feijão.

Esta atividade não tem um tempo determinado para ser finalizada, pois isso irá depender muito do tempo de vida que cada feijão irá ter. Durante a atividade, são discutidas com as crianças as necessidades para se manter a vida e as possibilidades de ocorrer a morte.

Enquanto as crianças participam da atividade, têm a possibilidade de falar sobre medos, fantasias e angústias de maneira natural, podendo assim surgir, durante a atividade, a questão da morte do amiguinho da enfermaria que acabou de ocorrer.

Mediante esta atividade, a criança tem a possibilidade de vivenciar de forma concreta, a diferença entre os feijões e perceber as necessidades individuais de cada um. O feijão serve como um instrumento facilitador para a criança poder falar da vida e da morte, de maneira simbólica, sem se expor de forma ameaçadora.

A ÁRVORE DA VIDA

É uma estratégia criada por Chiattonne (1982) que trabalha a evolução, as transformações e a polaridade (vida e morte), permitindo que a criança busque conceitos próprios para abordar o tema da vida e da morte, a livre expressão de sentimentos e a elaboração do luto.

Realizamos, com as crianças, a construção de duas árvores: uma que represente a árvore viva e outra que represente uma árvore morta. Esta atividade pode se estender além da enfermaria pediátrica, possibilitando, às crianças, um passeio pelo pátio do hospital, em busca de instrumentos (folhas secas, flores, frutos), para a construção das árvores.

Durante e após a atividade, as crianças são estimuladas a falar sobre o assunto, respeitando-se a fase do desenvolvimento em que a criança se encontra e seu conceito de morte.

CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS

É uma estratégia que tem, como objetivo, abordar o tema da morte de maneira clara e com uma linguagem acessível às crianças. A leitura se dá no grupo de crianças, no qual buscamos criar um clima de acolhimento e continência, para que se sintam seguras ao falar sobre a morte.

Sentamos bem próximos, em círculo, e, no decorrer da leitura, a psicóloga faz alguns apontamentos sobre a história, solicitando a participação das crianças. Ao término da mesma, as crianças são estimuladas a falar sobre a história, seus personagens e as ocorrências, possibilitando assim o ecoar de sentimentos. Utilizamos uma série de livros disponíveis em livrarias e que trazem conteúdos bastante pertinentes à situação vivenciada pelos pacientes (HEEGAARD, 1991; HISTATUGO, 2000; ALVES, 1933; MAZORRA e TINOCO, 2000; BUSCAGLIA, 1982).

CINEMINHA BRIGADEIRO

É uma estratégia, na qual se utiliza filme de histórias infantis que tragam o tema da morte.

A partir da mensagem, ou de aspectos do conteúdo da história, podem-se amenizar angústias, medos e propiciar, por meio de projeção, ou identificação com personagens, um gancho para a elaboração de conflitos.



Algumas atividades realizadas pelo Serviço de Psicologia Hospitalar do Hospital Brigadeiro estão diretamente relacionadas à questão da facilitação do processo de luto, voltado às crianças e também a seus familiares.

PLANTAÇÃO

Criada por Chiattonne (1982), é uma das estratégias de atuação no grupo diário de crianças que tem, como objetivo, trabalhar as evoluções e transformações ocorridas durante o processo de vida e morte. Geralmente, a plantação é feita com feijão.

Esta atividade não tem um tempo determinado para ser finalizada, pois isso irá depender muito do tempo de vida que cada feijão irá ter. Durante a atividade, são discutidas com as crianças as necessidades para se manter a vida e as possibilidades de ocorrer a morte.

Enquanto as crianças participam da atividade, têm a possibilidade de falar sobre medos, fantasias e angústias de maneira natural, podendo assim surgir, durante a atividade, a questão da morte do amiguinho da enfermaria que acabou de ocorrer.

Mediante esta atividade, a criança tem a possibilidade de vivenciar de forma concreta, a diferença entre os feijões e perceber as necessidades individuais de cada um. O feijão serve como um instrumento facilitador para a criança poder falar da vida e da morte, de maneira simbólica, sem se expor de forma ameaçadora.

A ÁRVORE DA VIDA

É uma estratégia criada por Chiattonne (1982) que trabalha a evolução, as transformações e a polaridade (vida e morte), permitindo que a criança busque conceitos próprios para abordar o tema da vida e da morte, a livre expressão de sentimentos e a elaboração do luto.

Realizamos, com as crianças, a construção de duas árvores: uma que represente a árvore viva e outra que represente uma árvore morta. Esta atividade pode se estender além da enfermaria pediátrica, possibilitando, às crianças, um passeio pelo pátio do hospital, em busca de instrumentos (folhas secas, flores, frutos), para a construção das árvores.

Durante e após a atividade, as crianças são estimuladas a falar sobre o assunto, respeitando-se a fase do desenvolvimento em que a criança se encontra e seu conceito de morte.

CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS

É uma estratégia que tem, como objetivo, abordar o tema da morte de maneira clara e com uma linguagem acessível às crianças. A leitura se dá no grupo de crianças, no qual buscamos criar um clima de acolhimento e continência, para que se sintam seguras ao falar sobre a morte.

Sentamos bem próximos, em círculo, e, no decorrer da leitura, a psicóloga faz alguns apontamentos sobre a história, solicitando a participação das crianças. Ao término da mesma, as crianças são estimuladas a falar sobre a história, seus personagens e as ocorrências, possibilitando assim o ecoar de sentimentos. Utilizamos uma série de livros disponíveis em livrarias e que trazem conteúdos bastante pertinentes à situação vivenciada pelos pacientes (HEEGAARD, 1991; HISTATUGO, 2000; ALVES, 1933; MAZORRA e TINOCO, 2000; BUSCAGLIA, 1982).

CINEMINHA BRIGADEIRO

É uma estratégia, na qual se utiliza filme de histórias infantis que tragam o tema da morte.

A partir da mensagem, ou de aspectos do conteúdo da história, podem-se amenizar angústias, medos e propiciar, por meio de projeção, ou identificação com personagens, um

ARTES

Consiste em uma estratégia, na qual se pode utilizar a pintura a dedo, pintura com guache, desenho, recorte, colagem e modelagem como instrumentos.

Esta atividade tem, como objetivo, facilitar, mediante estímulo, a verbalização e a organização dos sentimentos emergentes; neste caso, um dos temas abordados pode ser a questão da morte, dos sentimentos, a pessoa falecida, entre outros.

No quadro abaixo, segue algumas atividades terapêuticas utilizadas no hospital e seus objetivos:

Artes	Desenho Livre	Expressão de tendências inconscientes
Artes	Pintura livre a dedo	Expressão de sentimentos Calmante Fluente Desenhar e apagar / fracasso
Artes	Pintura de modelos prontos	Situações de doença e hospitalização
Artes	Desenho ou pintura	Hospital Doença Casa Equipe
Artes	Desenho	"Se você fosse mágico..." desenhe
Artes	Desenho	"Desenhe alguma coisa que você gostaria de não ter feito"
Artes	Desenho de polaridades	Fraco / Forte Saúde / Doença Gosto / Não gosto Medo / Coragem Tristeza / Alegria Vida / Morte



Artes	Manuais sobre a doença, hospitalização	Projeção Identificação Elaboração
Artes	Recortes e colagens	Projeção Internalização
Artes	Modelagem	Manifestação de processos internos primários Fluidez - aproxima a criança dos sentidos, penetra na armadura protetora Crianças inseguras - sensação de controle e domínio
Hospital de Crianças	Recorte e colagem de figuras do Hospital	Hospital Real X Imaginário Doença X Cura Vida e Morte Eliminação de falsos conceitos
	Desafios Histórias coletivas	Afirmação da consciência Identificação Compartilhar de sentimentos
	Completar sentenças	Identificação
	Fantoches / Teatro de fantoches	Segurança para exteriorização de sentimentos Integração de sentidos
	Teatro	Reforço à autoconsciência Desenvolvimento de identidade
	Dramatização	Eliminação de falsos conceitos Preparo para condutas



As estratégias utilizadas com as crianças também podem ser compartilhadas com os familiares, oferecendo assim a possibilidade de participar do luto.

Além das atividades grupais com as crianças, os pais podem participar de grupos terapêuticos nos quais encontram a possibilidade de partilhar, discutir conceitos de vida e de morte, trocar experiências com os outros familiares presentes. O grupo propicia a livre expressão dos sentimentos diante da perda, e a preparação emocional para lidar com a criança enlutada.

Nem sempre a criança necessita falar diretamente sobre o amiguinho que perdeu, para poder elaborar o luto; o simples fato de poder se expressar mediante estas atividades já pressupõe o processo de elaboração do luto, pois este se dá de acordo com as necessidades e capacidades de cada criança.

Neste sentido, cabe, aos profissionais da saúde, ajudá-la; às vezes, a maior ajuda que podemos dar a estas crianças enlutadas é a possibilidade de se expressarem, repartindo, assim, a dor e o sofrimento pela perda de uma pessoa querida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BROMBERG, M. H. (1998). *A psicoterapia em situações de perda e luto*. Campinas, Editora Livro Pleno.
- BRUN, D. (1996). *A criança dada por morta: riscos psíquicos de cura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CHIATTONE, H. B. C. (1988). *A Criança e a Hospitalização*. Angerami, V.A. (org.), *A Psicologia no Hospital*. São Paulo: Ed. Thompson.
- _____. (1996). *A Criança e a Morte*. Angerami, V.A. (org.), *E a Psicologia Entrou no Hospital*. São Paulo: Pioneira.
- FRANCO, M.H.P. (2002). *Uma Jornada sobre o Luto: A Morte e o Luto sob diferentes olhares*. Campinas, Editora Livro Pleno.
- FONSECA, J. P. (2004). *Luto Antecipatório*. São Paulo: Livro Pleno.
- HISATUGO, C.L.C. (2000). *Conversando Sobre a Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- KOVACS, M. J. (1992) *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- KUBLER-ROSS, E. (1997) *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- RAMALHO, M.A.N. (2002). *Psico-Oncologia e Luto: Crianças com Câncer*, in FRANCO, M.H.P. (Org), *Uma Jornada sobre o Luto*. Campinas, Editora Livro Pleno.
- ROCHA, R. C. (1997) *Grupo de Adolescentes: uma proposta de intervenção psicológica em enfermaria oncohematológica*. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar - pelo Nêmeton - Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia da Saúde e Serviço de Psicologia Hospitalar do Hospital Brigadeiro, São Paulo.
- TORRES, W. C. (1999). *A criança diante da morte: Desafios*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- VALLE, E. R. M. (1997). *Câncer Infantil: Compreender e agir*. Campinas, Editora Livro Pleno.
- VALLE, E. R. M. (org.) (1999). *Psico-oncologia Pediátrica: Vivência de crianças com câncer*. Campinas, Editora Livro Pleno.
- _____. (2001). *Psico-oncologia Pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

VALLE, E. R. M. (org.) (2004). *O cuidar de crianças com câncer: Visão Fenomenológica*. São Paulo: Pleno.

WORDEN, J.W. (1998). *Terapia do Luto*. Porto Alegre: Artes Médicas.

CAPÍTULO 5

MORTE E LUTO NO CONTEXTO ESCOLAR

ANA LÚCIA NALETTO

O que dizer para uma criança que entra na sala chorando, porque seu cachorrinho morreu?

O que responder a um aluno que pergunta o que acontece com as pessoas depois que morrem?

Como lidar com um aluno que acaba de sofrer amputação de um membro importante do corpo?

Como comunicar a uma sala de aula que um colega não poderá retornar do feriado, porque sofreu um acidente fatal?

Como contar, para uma classe de crianças pequenas, que o coleguinha que estava doente faleceu?

O que fazer com uma criança que volta para as aulas, logo após ter perdido um dos pais?

Como ajudar uma mãe que chega desesperada à escola, porque tem que dar a notícia para seu filho que seu pai acabara de falecer?

Como comunicar, a uma classe que, a professora se ausentará por alguns dias, porque perdeu seu filho?

Como lidar com um aluno que teve que se separar de seu pai por um ano inteiro em função de mudança no trabalho?

Como receber uma criança que vem de outro Estado e chega amargurada com a quebra dos vínculos que tinha onde vivia, comprometendo sua vinculação futura?

Como psicóloga escolar, não poderia imaginar que situações, envolvendo o luto por morte e outros desligamentos estariam tão presentes em meu dia-a-dia.

A escola, à semelhança das instituições de saúde, lida com a doença, a dor, a pobreza e a morte com maior frequência do que se imagina. Isto porque a instituição escolar trabalha com vidas e onde há vida, há também a morte.

Mesmo um professor inexperiente já pode ter se deparado com alguma situação de morte, implicando direta ou indiretamente os alunos, como a perda de um dos pais, dos avós, ou o próprio aluno que, contrariando a lei natural das coisas, vai-se, deixando uma sensação de inesperado no ar.

A ESCOLA TEM QUE ESTAR PREPARADA

O luto faz parte da vida de todo sujeito inserido socialmente. Compreender o processo de enlutamento é entender um pouco mais sobre a existência. Para a escola, compreender o luto e preparar-se para lidar com ele torna-se essencial, uma vez que atua predominantemente na infância e adolescência, fases importantes do desenvolvimento do sujeito. Nestas etapas da vida, inevitavelmente alguns tipos de luto acontecem e podem repercutir no ambiente escolar.

Em minha prática como psicóloga escolar, observei que os professores em geral trabalham para que não surjam problemas, tanto do ponto de vista pedagógico, quanto educacional. Uma situação de luto direto ou indireto na escola pode configurar uma situação problemática momentaneamente e exigir do professor e da escola como um todo, uma intervenção mais precisa e melhor qualificada. Compreender o sujeito, suas angústias, seu modo de se defender delas, as fases de um processo de desenvolvimento contínuo, ou abortado são essenciais para o magistério.

Quando se trata de luto, é importante falarmos em prevenção e investir na capacitação da escola como um todo, para enfrentar a dolorosa situação da morte e outras perdas.

A morte não é a única situação de perda que uma pessoa vive durante a vida. O nascimento já é marcado por um luto, uma situação de despedida da barriga da mãe, da condição de bebê, assim como é também para a mãe um luto da condição de gestante. A entrada na adolescência traz o luto da infância; quando a criança muda de escola, enfrenta o luto dos vínculos que deixou na escola anterior. O adulto, ao se desligar de uma empresa, por exemplo, realiza um processo de luto. Assim, pela vida toda a pessoa enfrenta perdas e desligamentos que não se restringem somente à situação de morte.

A vida escolar é repleta de "lutos". A começar com a entrada da criança na escola, que deixa parcialmente a rotina diária de sua casa e seus pais, para se integrar à rotina da escola. No decorrer dos anos, ao desligar-se de uma turma, uma professora, um grupo de amigos, os alunos estão de alguma forma vivendo um tipo de luto.

Minha ênfase na escola, enquanto espaço de constante vivência de diferentes tipos de lutos, busca justificar a necessidade que tem o professor de compreender o processo de enlutar-se e suas implicações. Contudo, neste capítulo em que tratarei do luto no contexto escolar, darei destaque ao luto vivido, ou expressado no contexto escolar por situações de morte.

LUTO DIRETO E INDIRETO NA INSITUIÇÃO ESCOLAR

A escola pode se encontrar com um luto indireto, ou seja, vivido por algum aluno, ou funcionário da mesma escola, ou com um luto direto, caracterizado pela morte de alguém da escola, seja aluno, ou funcionário.



A CRIANÇA ENLUTADA NA ESCOLA

A morte, mesmo que seja de um desenhista,

inevitavelmente traz desconforto por nos colocar frente a nossa impotência, lembrando-nos de que a morte é certa para todos. Esta situação de sentir a morte mais próxima, quando ela acontece com alguém que conhecemos, constitui um fenômeno importante que fará com que o professor entenda melhor sua turma, principalmente em caso de criança enlutada na escola.

Quando uma criança da escola vive a perda significativa de alguém para ela, como pais e irmãos, é comum que os colegas de classe se abatam também, em função do fenômeno descrito. Muitas vezes, os alunos choram, sem nem ao menos conhecer os pais do amigo, mas o fazem, porque temem a morte dos próprios pais. Assim também acontece quando falece o irmão de um colega, e os outros alunos intimamente pensam que o mesmo pode acontecer com sua família. Estes acabam identificando-se com o colega e padecem um pouco da situação pela qual o outro está passando.

Compreender o que está acontecendo com a classe e com a criança enlutada serão ferramentas necessárias para auxiliar o professor a lidar com a dinâmica da sala. A tendência natural de um adulto que vê uma criança chorando é poder tirar-lhe aquilo que lhe causa desconforto ou dor. Contudo, neste afã de poupá-la da dor, o adulto pode incorrer no erro de ignorar o que ela está sentindo e não dar o devido valor à questão. Quando o assunto é morte, especialmente os adultos tendem ainda mais a poupar a criança de todo sofrimento, causando assim uma falsa impressão de que sofrer a dor de uma perda é errado, exagerado e que tudo deve estar normal novamente.

No caso da criança enlutada na escola, o professor não deve esperar que o aluno queira falar sobre o assunto, principalmente para toda a classe; no entanto, não pode ignorar, fingindo que nada aconteceu. Deve respeitar este momento, dizendo que sabe o que lhe aconteceu e imagina o quanto está triste, mantendo um canal de comunicação aberto caso ele queira conversar, mas sem forçar nada. É interessante conversar com a classe, preparando-a para receber o colega

respeitar sua vontade, se não quiser brincar, ou conversar sobre o que aconteceu. Talvez ele fique aparentemente bem nos primeiros dias, mas logo poderá entristecer-se e poucas coisas o alegrarão. O rendimento tenderá a cair, e a escola deverá saber levar isto em consideração, podendo avaliá-lo de outras formas, ou flexibilizando prazos.

O professor não deve se abalar se tudo isto acontecer; é sinal de que a criança está se deparando com a realidade dia a dia e verificando realmente que perder alguém é não vê-lo mais, é sentir saudade e não poder abraçar e beijar, é ter que lidar com a falta. É preciso dar tempo ao tempo e mostrar-se pronto para apoiá-la sempre que necessitar. Em relação aos sentimentos dos colegas de classe, deve-se abrir espaço na rotina da aula, para as crianças conversarem sobre o que estão sentindo e assim poder ver que seu medo de perder alguém da família é também expressado por outros colegas. Estes momentos de conversa entre os pares poderão aliviar muito a dor de todos. O professor deve oferecer mais do que o conteúdo escolar; deve estar capacitado para apresentar aos alunos a possibilidade de pensar a vida e a morte.

QUANDO O LUTO ACONTECE NA ESCOLA

Embora seja um lugar de vida, de crescimento, a escola não está isenta de enfrentar uma situação de luto com a morte de algum aluno, ou funcionário. É necessário que a instituição se prepare para enfrentar essas condições antes que elas aconteçam, pois, no momento em que todos estão de luto (luto institucional), fica mais difícil elaborar um plano de ação; para enfrentar essa circunstância da melhor forma possível. Neste tempo de atuação em escolas, acompanhei lutos previstos, ou seja, de pessoas com estado de saúde bastante comprometido, e com risco de vida eminente, e lutos repentinos, como acidentes fatais. Esta última modalidade pode ser mais difícil para todos administrarem, por seu caráter repentino, o que consideramos um fator complicador do luto. Por isso insistimos na necessidade de a escola

desenvolver um plano de ação para estes casos e trabalhar com os professores, durante o ano todo.

DESDOBRAMENTOS DO LUTO DENTRO DA ESCOLA

O luto dentro da escola tem desdobramentos importantes, aos quais devemos estar atentos. Quando falece um colega da classe ou da escola, todos se abatem muito, especialmente no caso de crianças e jovens, porque a morte é incomum nestas faixas etárias; porém, seja de aluno, seja de funcionário, a escola nunca deve silenciar diante da morte. O ideal é que a escola se pronuncie, elegendo alguém para dar a notícia formalmente para os alunos e funcionários. É muito importante usar o termo "morreu", em especial com crianças menores, pois os termos substitutos, como descansou, dormiu, foi levado, faleceu, foi morar com Deus, podem dificultar seu entendimento, e conseqüentemente, complicar o processo de luto.

Os alunos ficam inconformados com o fato de a morte ter atingido um deles, e o medo é de que morram também, e conseqüentemente, não vejam mais seus pais, seus amigos, podendo permanecer sozinhos.

Os professores, neste caso, também se abalam muito, pois já formaram vínculos afetivos com os alunos e vê-los sofrer é dolorido também. Os professores que têm filhos sofrem duplamente, pois pensam intimamente que a morte pode atingir seus filhos, como atingiu àquele aluno.

Os alunos levam sua dor para casa, e os pais são envolvidos também no luto. Os professores não devem esquecer-se de que os pais também devem ser comunicados, especialmente em se tratando de algum aluno da classe do filho, ou funcionário da escola. É importante fazer um comunicado de pesar, informando a morte da pessoa, sem dar muitos detalhes de sua causa morte. Os pais precisam de apoio, pois também sofrem, por ver o filho sofrer e por imaginar que a morte pode atingi-los.

Somente no caso de a família enlutada concordar, a escola pode divulgar a data de enterro, velório e missa para os pais e demais funcionários.

COMUNICADO DE PESAR

Srs. Pais,

Comunicamos, com pesar, que fulano de tal, aluno da série tal, faleceu no dia tal, por motivos de saúde. Sentimos imensamente essa perda e contamos com a colaboração dos senhores, quanto ao conforto que possam oferecer a seus filhos, por ocasião do falecimento.

Para auxiliá-los, estamos enviando material de suporte sobre o luto da criança, caso queiram consultá-lo.

Estes desdobramentos, criança, colegas, funcionários e famílias são segmentos que devem merecer atenção em casos de luto, em especial, as pessoas mais próximas de quem morreu. Se for caso de falecimento de aluno, a classe onde a criança estudava deve receber mais atenção quanto ao trabalho de luto. A classe precisa ter um tempo para expressar seu luto e, neste caso, sugerimos uma atividade de desenho no qual as crianças possam expressar o que estão sentindo, ou prestar uma homenagem ao colega.

ABRINDO ESPAÇO PARA A DOR

Quando a morte é sentida coletivamente, é fundamental permitir que o grupo extravase seus sentimentos. Deixe-o chorar e sentir toda a dor deste momento, pois, enquanto isto não acontecer realmente, não haverá possibilidade de os alunos retomarem as atividades escolares com normalidade e bom nível de aprendizado. Para que externem os sentimentos, podem-se propor atividades relacionadas ao fato, como uma roda de conversa, carta ou desenho para o amigo que se foi, algum tipo de homenagem (painel de fotos, faixa).

Abrir este espaço para a dor é importante, com o propósito de garantir a expressão do sentimento de luto e perda. Dar a notícia da morte e tentar retomar a rotina normalmente é impossível e pouco saudável. Este momento não será fácil, mas necessário.

O professor não deve esperar que a realização destas atividades seja fácil. Ao contrário, elas provocarão tristeza e lágrimas, mas serão importantes, exatamente para permitir externar o sofrimento e as angústias gerados pela perda de alguém querido. Se o professor não tiver condições psicológicas e técnicas de conduzir este trabalho sozinho, deve contar com a ajuda de alguém da equipe educacional da escola.

Posteriormente, a literatura pode ser uma boa aliada na tarefa de ajudar a classe, ou algum aluno no momento de luto. Anexos, estarão algumas sugestões de livros que abordam o tema.

RELATO DE UM CASO

Nas palavras de uma experiente professora de primeira série do Ensino Fundamental, que pouco sabia sobre o luto, mas era dotada de sensibilidade e empatia fora do comum, pode-se acompanhar o relato de um caso de luto de uma menina por consequência da leucemia. Vale destacar que a professora em questão contou com nossa ajuda, como psicóloga escolar, e apoio da equipe de coordenação, para enfrentar este momento difícil; porém, o que o fez especial foi o fato de ela ter aberto espaço para a dor, colocando-se inteiramente na tarefa de compreender seus alunos e estar ao lado deles.

Em agosto de 2001, faleceu minha aluna Luiza, de apenas 7 anos de idade em virtude de leucemia, um câncer de sangue.*

Relatar a experiência, que vivi sobre luto infantil é doloroso. Ainda me abala emocionalmente lembrar os momentos mais tristes que passei com minha turma, a 1ª série H.

Acredito que tudo em nossa vida produz crescimento, mesmo um grande desafio como esse e, por saber que a vida nem sempre é como gostaríamos...



ficou para todos nós dessa experiência triste, mas real e que pode, infelizmente acontecer com qualquer educador.

No primeiro dia de aula do ano, me deparei com meus pequenos da 1ª série H. No momento em que olhei para Luiza e a vi com um chapeuzinho, muito lindo por sinal, e sem os cabelos, isso mesmo, careca, fiquei chocada e tive que sair da sala para me recompor. A orientadora pedagógica me explicou que Luiza sofria de leucemia e que eu tivesse força, pois, enfrentaríamos o caso juntas.

Seria verdade que aquela criaturinha mais linda do mundo poderia ter câncer? Fiquei arrasada e com os olhos marejados. Quem disse que professor não pode se envolver, nem se emocionar? O que eu sabia é que teria que fazer o meu trabalho até o fim. Tentei não olhar para ela com pena, mas confesso que minha vontade era pegá-la no colo, abraçar e livrá-la daquilo. Pensava em como iria lidar com aquela situação tão difícil.

Para as outras crianças da classe, ver Luiza sem cabelos, com a cabeça coberta pelo chapeuzinho parecia normal. Eles haviam estudado juntos na Educação Infantil, que em nossa escola fica em outro prédio e acredito que todos já tinham familiaridade com a situação dela. Com o passar dos dias, percebi que os alunos de outras séries ficavam olhando para ela e alguns me perguntavam o que ela tinha. Explicava-lhes que estava doente e que o remédio que usava, fazia cair os cabelos. Houve algumas situações esporádicas em que alguns alunos de outras séries tiveram atitudes inadequadas no pátio como arrancar o chapéu de Luiza e sair correndo, tiravam sarro de sua cabecinha careca. Nestas situações, os alunos da classe, ficavam muito bravos e procuravam defendê-la enquanto ela chorava. Muitas vezes coloquei-a no colo nestes momentos, tentando aplacar sua "dor" que já era grande por si só.

Na primeira reunião de pais, a mãe de Luiza me procurou para podermos conversar mais sobre o estado de saúde da menina. A mãe me forneceu informações importantes para entender a doença, o tratamento que fazia e sobre as faltas às aulas no decorrer do ano. Explicou-me principalmente qual seria a melhor forma de proceder em relação a sua situação, ou seja, o que ela poderia ou não fazer na escola.

Pedagogicamente, Luiza apresentou algumas dificuldades em português no início do ano, mas era muito esforçada e dedicada. Suas faltas semanais, em função do tratamento, a prejudicavam realmente, mas sempre que retornava às aulas eu procurava dar uma assessoria individual a ela para que pudesse recuperar o que havia perdido.

Em maio Luiza contou-nos que seu irmão, que havia acabado de nascer poderia ser seu doador de medula, pois seu sangue era totalmente compatível com o dela. O transplante para ela e para todos nós significava a possibilidade de cura, a esperança de uma nova vida, sem sofrimentos, nem dores, uma vida normal.

Por estar muito debilitada, Luiza adoecia facilmente. Além disso, os remédios fortes que tomava e as sessões de quimioterapia a enfraqueciam muito. Em junho, antes do transplante, pegou uma infecção muito forte, faltou muitos dias, veio alguns deles e precisava ser medicada no recreio, pelo pai. O último dia em que veio para aula foi num dia de excursão ao teatro, mesmo estando fraquinha quis participar conosco. Logo depois, Luiza foi internada com pneumonia. Sua mãe contou que seu estado era grave e precisava de cuidados para sarar e fazer o transplante.

Foi a partir daí que o trabalho com meus alunos, companheiros de classe de Luiza se intensificou. Alguns dos alunos ficaram sabendo o que estava se passando com ela e constantemente perguntavam sobre sua saúde. Procurei ajuda da psicóloga da escola, que me orientou em algumas situações, principalmente em relação ao que dizer para a classe. Tive uma conversa franca com a classe, dizendo que ela estava realmente muito doente e que talvez só retornaria depois das férias.

Pela impossibilidade de ela frequentar as aulas, passei a ter contatos mais frequentes com ela e os pais. Passamos a ficar mais próximas, apesar da distância. Luiza procurava saber como estavam os amigos e queria ficar a par das lições. Procurava levar notícias dos colegas para ela e dela para a classe.

No início das férias, fui visitá-la no hospital e levei jogos, gibis e cruzadinhas para que se distraísse. Rimos e brincamos muito. Percebi que ela fazia questão de me

mostrar que estava bem. Apesar disso saí de lá arrasada, pois vê-la internada com a boca cheia de feridas, embora alegre, me abalou muito. Imaginei que ela poderia vencer, pois era uma "guerreira". Lembrei-me de como superou as dificuldades pedagógicas, lutando muito. Quando foi internada já lia com fluência e escrevia com autonomia. Havia muita esperança e garra em suas atitudes, era mesmo muito dedicada.

Voltei algumas vezes ao hospital, mas logo fui impossibilitada de vê-la, pois estava em isolamento, preparando-se para o transplante que aconteceu dias depois.

O transplante foi um sucesso, ficamos felizes, esperançosos.

Continuamos mantendo contato, fui ao hospital e ela continuava interessada nas lições e nos colegas de classe. O médico pediu que eu continuasse levando as lições para que ela pudesse manter-se atualizada e ligada em seu mundo, tal como era antes. Foi o que fiz.

Luiza teve outra pneumonia e ficou internada na UTI. A escola como um todo, estava mobilizada com a situação dela, depois de tanto tempo afastada. Procurei ajuda da psicóloga que me orientou a conversar com as crianças novamente e propor a confecção de um cartão que levaria para ela no hospital. Esta seria uma forma de as crianças estarem próximas dela e ela das crianças. A psicóloga acompanhou a conversa com a classe e a confecção dos cartões. Percebemos que os alunos tinham muitas dúvidas: "ela está dormindo ou acordada?", "está sentindo dor?", "está com os pais ou está sozinha?", "está chorando?", "o que é UTI?".

Estas dúvidas refletiam o cuidado que queriam que ela estivesse tendo e revelavam um pouco dos "medos" que sentiam quando o assunto era hospital, internação, etc. Fizeram muitas e muitas perguntas inclusive a respeito de quando ela voltaria. Expliquei que não sabia a data certa pois algumas doenças eram mais graves do que outras, e esta doença dependia do corpo dela reagir bem aos remédios. As crianças estavam preocupadas com a saúde de Luiza e cogitaram fazer uma festa quando ela retornasse. Na verdade, acho que queriam garantir de alguma forma que ela voltaria e a festa os consolava nesse sentido.



Após a conversa, propus a confecção do cartão. Eles escreveram mensagens lindas para ela, de esperança, coragem e com planos para o futuro. Era sexta-feira e me comprometi com eles de levar as mensagens no final de semana ao hospital.

Infelizmente Luiza faleceu antes que as mensagens pudessem chegar até ela.

Fiquei desesperada! Só pensava em como seria triste o momento de falar com meus alunos, o que falaria? Será que entenderiam? Não gostaria que passassem por tanta tristeza.

Senti que sozinha não poderia enfrentar minha classe para dar-lhes a notícia. Mais uma vez contei com a ajuda da psicóloga, da orientadora e da assistente de direção da escola. Logo que entramos na classe, sentamos em roda e a psicóloga comunicou que tinha uma coisa muito triste para contar a eles e logo deu a notícia do falecimento de Luiza. A reação imediata de toda a classe foi de silêncio. Ficaram parados, como se estivessem tentando acreditar no que haviam acabado de ouvir. Olharam para mim procurando uma confirmação ou uma resposta talvez, e nesse momento eu já estava chorando. Chorava pela morte de minha aluna e pelo sofrimento que a classe estava começando a enfrentar.

Algumas crianças já estavam chorando também, então a psicóloga disse-lhes que realmente era um momento muito difícil, que alguns talvez nunca tivessem vivido ainda. Foi muito triste, uma cena que, com certeza, jamais vou esquecer. Um a um tendo diferentes reações, parados, falando, chorando, de cabeça baixa, procurando consolo no amigo ao lado. A impressão que tive é que todos queriam entender e ao mesmo tempo livrar-se daquele momento.

Eu me coloquei dizendo a eles que poderiam perguntar o que quisessem, que tentaríamos responder e que também poderiam chorar, se sentissem vontade. As perguntas começaram a surgir timidamente. Muitos se reportaram a situações de luto que haviam vivido com animais de estimação como peixinho, cachorro, passarinho, lembraram também de avós e tios que haviam perdido.

Depois de muitas perguntas, lembranças e choro, sugerimos

de coração, previamente preparado para este fim, o que estavam sentindo em relação ao momento ou o que gostariam de fazer para lembrar a amiga, como uma homenagem a alguém importante. Na verdade, este trabalho foi proposto para ajudá-los no processo de enlutamento.

Para a criança o desenho é um forte canal de expressão de seu mundo interno e algumas delas precisavam deste veículo como ajuda, além disso, aliviaria um pouco aquela sensação de não ter podido falar com Luiza antes da morte. Após a confecção dos corações fizemos um mural com a foto dela no meio e os cartões em volta. Esse painel sustentou a nossa dor durante os dias próximos ao ocorrido. Foi tão significativo para os alunos que, com o passar do tempo, não queriam que desmanchássemos o mural por nada.

Tivemos outro cuidado que foi fazer um comunicado de pesar para os pais dos alunos, relatando o falecimento e mandamos um texto de apoio que tratava do luto infantil. Sabíamos que eles iriam chegar em casa abalados e com muitas dúvidas ainda, principalmente de cunho religioso pois, como escola, optamos por não oferecer nenhuma explicação sobre perguntas após a morte e orientamos que perguntassem aos pais sobre isso. Mesmo com o passar dos dias, percebia que para eles, o mural era como ter a Luiza na sala e se nos desfizéssemos do mural, concretizaríamos o desligamento. Eles se apegaram muito à foto e para algumas crianças parecia que era a Luiza mesmo que estava ali. Por mais que dissesse que nós a teríamos no coração, eles não aceitavam nem que eu mexesse no painel.

As três primeiras semanas foram terríveis para eles. Expressavam na classe e em casa, segundo relato dos pais, que estavam com medo de morrer também, medo de que os pais morressem e ainda me faziam perguntas sobre como Luiza estava, onde estava, se sentia dor. Ninguém queria ocupar a carteira em que ela se sentava. Ficava vazia por mais que eu insistisse em colocar alguém. Resolvi fazer uma mudança geral de lugares, conversamos sobre o "lugar" de Luiza e aos poucos entenderam que não precisavam guardá-lo.

Aos poucos também, fui conseguindo desmontar o mural. Iniciei pelos cartões, depois concordaram que a foto ficasse



a foto para um mural menor, ao lado da lousa. Apesar do tamanho, é um mural bem visível e quando vou pregar ou retirar alguma coisa dele, a classe logo questiona se vou tirar a foto de lá.

Passados três meses do falecimento de Luiza, os colegas ainda falam dela. Alguns se lembram do lanche que ela gostava, do livro preferido, do animal, etc. Outros ainda me questionam sobre sua morte e seus pais. Para estes é como se ainda estivessem tentando se convencer e entender o que aconteceu. Realmente percebo que, apesar das regularidades do processo de luto, ele é expressado singularmente em cada criança. Se pudéssemos, pouparíamos as crianças do luto, mas como não podemos, temos que ajudá-las a enfrentá-lo da melhor forma possível.

É muito forte a amizade e o carinho que sentem por ela. Com a chegada do fim das aulas, disputam a foto da Luiza, todos querem levar para casa.

Estes momentos vividos junto a minha classe foram muito difíceis e tristes. Até hoje sinto como se fosse uma ferida em cicatrização, se mexer, vai doer. A dor da perda provocou crescimento em todos nós, aprendemos mais um pouco a ver a realidade tal como é.

Em especial agradeço à equipe da escola que, com sua experiência e competência, esteve sempre a meu lado, guiando-me e orientando, dando todo apoio e compreensão necessários nestes momentos.

* Nome fictício

Por Prof^a Wandaly Bonaldo Costa
Fundação Bradesco - Osasco

Neste relato cheio de emoção, dúvidas, dor, esperança, a professora Wandaly conseguiu traduzir um pouco da experiência que viveu como professora de uma criança com leucemia e depois como professora de uma classe enlutada.

Uma das questões mais importantes a ser destacada neste relato é o papel desempenhado pelo professor, que foi fundamental para o percurso da classe e, neste caso, muito

bem conduzido pela professora que se dispôs a enfrentar o novo que se revelava dia a dia com a chegada de Luiza, uma criança com leucemia, o envolvimento com ela, as conversas com a classe, as preocupações pedagógicas, as fortes emoções, a dor e o enfrentamento da perda.

Outro fator que não poderia deixar de comentar é a reação das crianças à notícia da morte de Luiza. As reações foram diversas e imprevisíveis, porque são fruto da experiência de vida de cada uma delas. Quando o canal de comunicação foi aberto, explicitando que eles poderiam perguntar o que quisessem, as perguntas foram surgindo e fomos conhecendo um pouco do que se passava na cabeça de cada um. As crianças têm muitas coisas a dizer e a saber sobre a morte, mas muitas vezes não se expressam por falta de espaço, de receptividade. A morte é um assunto como outro qualquer que faz parte da vida mais do que tudo, porque é o final do ciclo vital. As escolas, embora já tenham tido avanços significativos em seus currículos, abordando temas, como sexualidade, preconceito, pluralidade cultural, ainda se esquivam de falar sobre a morte. Muito se tem a falar e a estudar sobre a morte. Os rituais fúnebres nos ensinam sobre a cultura de um povo; as taxas de mortalidade e causá-morte são analisadas diariamente nos jornais de todo o mundo, como forma de entender o funcionamento de determinada sociedade. Estuda-se o nascimento, mas não a morte. Entendemos que as escolas deveriam contemplar, em seus currículos escolares, temas relacionados a morte, assim como integram temas ligados à sexualidade. Educar para a vida é também falar sobre a morte.

TRATANDO A MORTE COM ÉTICA

As crianças têm muitas dúvidas sobre a morte e acreditam que nós, adultos, podemos dar as respostas de que precisam, tornando-se incisivas nas perguntas: "para onde a pessoa vai quando morre?", "por que o fulano morreu?", "quem morre vai para o céu?", "quem morre vira anjo?"; por aí vai.

É muito complicado para a escola, na figura do professor, posicionar-se diante de tais perguntas, pois a morte, por ser uma incógnita, tem diferentes explicações nas diversas religiões e nem sempre a explicação do professor será a mesma dada pela crença dos pais dos alunos, o que poderá acarretar conflito de opiniões e conflitos na família.

Nesses casos, é adequado que o professor:

- explique aos alunos que, por ninguém saber ao certo o que acontece quando alguém morre, as pessoas têm idéias diferentes sobre a morte;
- oriente os alunos a conversarem com os pais para saber o que pensam;
- oriente os pais a conversarem com seus filhos em casa;
- permita que mostrem pontos de vista diferentes, socializem explicações diversas;
- dê oportunidade a todos para falar, mas evite se posicionar, defendendo um ou outro ponto de vista;
- respeite as crenças religiosas e diferenças culturais que as crianças trazem

Em minha prática nas escolas, encontramos pessoas muito envolvidas com educação e apaixonadas pelo saber e pelo prazer de ensinar, mas amedrontadas em relação aos acontecimentos da vida, impossibilitadas de lidar com a dor, seja sua, ou do outro. Finalizando este capítulo, não posso deixar de reiterar a importância da escola estar preparada para lidar com o luto. Esta competência deve fazer parte do educador. Assim como deve fazer parte do currículo escolar os assuntos referentes à morte e perdas. Surpreendentemente, ao contrário de abater as crianças, estaremos preparando-as melhor para o enfrentamento de situações de perda.

CAPÍTULO 6

INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS NO SETTING FUNERÁRIO

ANA PAULA REIS DA COSTA
RÉLIM ANGONESE HAHN

*Aos meus pais, in memoriam
Ana Paula Reis da Costa*

*Ao meu pai, in memoriam, e a minha mãe
Rélím Angonese Hahn*

... ainda que eu caminhe pelo vale das sombras e da morte...

(Salmo 23;4)

Este capítulo tem, por objetivo, trazer o relato de uma experiência de trabalho, seu desenvolvimento e resultados, levando em conta os limites, tanto para seu tempo, quanto para o contexto de atuação, buscando estimular reflexões sobre diferentes formas de intervenção psicológica focada no luto e suas possibilidades.

O projeto de *Acompanhamento Psicológico às Famílias em Situação de Luto Recente* foi criado pela então estagiária em Psicologia Clínica, Ana Paula Reis da Costa, em fevereiro de 2000, na cidade de Caxias do Sul, RS. Desenvolvido na Capela Funerária Cristo Redentor (matriz) e supervisionado na Universidade de Caxias do Sul pela Mestra Siloé Pereira.

O acompanhamento psicológico acontecia dentro da funerária, desde o momento da contratação do serviço funerário pelas famílias, podendo estender-se até o sepultamento. O tempo de duração das intervenções psicológicas variou de acordo com as singularidades de cada família, em média, de duas a oito horas.

No primeiro ano de implantação do projeto, foram atendidas quase todas as famílias que contrataram o serviço com esta empresa, não havendo horários pré-determinados para o atendimento; o modelo funcional foi o de plantão psicológico. De modo geral, o perfil da clientela constituiu-se de famílias de classe média, religião católica e cultura italiana.

A receptividade e repercussão do projeto pelas famílias atendidas, comunidade caxiense e mídia foram além das expectativas. Em junho de 2000, a clientela atendida pela empresa cresceu em 40%. É importante ressaltar que a busca de atendimento passou a vir principalmente de famílias que perderam pessoas jovens e/ou por morte repentina/violenta. Estas famílias já tinham conhecimento da presença de um profissional da saúde mental na empresa, atendendo gratuitamente.

No segundo ano, a acadêmica de Psicologia seguiu na empresa, porém realizando seu estágio em Psicologia Organizacional. E o projeto enriqueceu e ampliou-se com o egresso da estagiária de Psicologia Clínica, Rêlim Hahn. Neste ano, o projeto deixou de ter uma conotação experimental; plantões foram organizados em horários pré-estabelecidos, com a possibilidade excedente para o atendimento de situações emergenciais; ampliou-se o foco da intervenção psicológica disponibilizando-se um olhar mais atento à criança enlutada. A equipe de funcionários da empresa passou a receber treinamento psicológico específico em luto, bem como escuta e amparo. Constituiu-se um grupo de aconselhadores interno e foram estabelecidos critérios para o atendimento das famílias pela estagiária clínica. O projeto continua funcionando nestes moldes, atualmente em consultoria, também com a participação de outros profissionais e em outras empresas do ramo.

O LUGAR DA MORTE

Numa sociedade onde a morte é um tabu, trabalhar num espaço onde ela é explícita e constante transformou-se num grande desafio. Como a Psicologia poderia intervir num lugar onde a cura não é um objetivo e a esperança não existe mais?

Um lugar permeado pela dor, pelo medo do desconhecido, sujeito a tantas fantasias... e de modo paradoxal, um lugar para pensar a vida, um espaço íntimo de conexão, transição e reconstrução.

De um lado, os limites e a sensação de impotência e de outro, tanto por fazer...

A proposta de intervenção teria que ser tão dinâmica quanto esse contexto e essencialmente ética. A construção dos objetivos abriu as portas para uma prática que tornou possível vislumbrar o resgate e o fortalecimento da pulsão de vida na instituição e nas famílias.

OS OBJETIVOS

O projeto tinha o apelido de "C. O. P." entre os profissionais da equipe da funerária: Continência (acolhimento para os sentimentos e pensamentos do enlutado acerca da perda.), Organização (oferecer ao enlutado atenção, informações em relação ao que pode ser vivido no processo de luto, orientações práticas referentes ao funeral e acompanhamento) e Prevenção (identificar e intervir frente a possíveis fatores de risco e facilitadores para elaboração do luto). De modo geral, os objetivos ficaram assim definidos:

- Disponibilizar um *setting* estruturado a partir de uma escuta aberta e continente, onde a relação terapêutica e o aconselhamento psicológico em situações de luto sirvam como instrumentos facilitadores para o enfrentamento da perda.



apoio familiar para o enfrentamento da perda, buscando desenvolver nos membros da família perspectivas mais saudáveis e talvez menos traumáticas, bem como disponibilizar recursos familiares que possam vir a fortalecer as pessoas envolvidas (Bromberg, 1998).

- Flexibilizar crenças a respeito da ocorrência (circunstância e implicações) da morte nas famílias enlutadas.
- Viabilizar a expressão e a identificação dos afetos, lembranças e outras reações decorrentes da perda (Parkes, 1998).
- Orientar, apoiar, acompanhar e/ou construir a ritualização da perda; de modo a assegurar o enlutado, conectá-lo com a sua realidade singular, preservando lembranças adaptativas, marcando a perda e auxiliando a construção de sentido.
- Informar o que pode ser esperado viver no processo de luto; fornecer tempo ao enlutado, auxiliando-o na retomada de controle sobre a própria vida e readaptação (Bromberg, 1998).
- Facilitar a busca de recursos para administrar a dor e a falta decorrente da perda.
- Proporcionar às famílias um suporte também social.
- Auxiliar o enlutado na revisão de sua vida, defesas, relacionamentos, apontando meios mais eficazes e menos custosos, de administrar dificuldades (Bromberg, 1998).

Nesta dimensão de acolhimento e escuta, criou-se um novo lugar e junto com ele a possibilidade de deixar a trilha escura, de não morrer, a saída de um estado de estar só.

Apesar de nossa dúvida inicial referente à validade do acompanhamento/aconselhamento psicológico no *setting* funerário, os resultados foram positivos. As intervenções se

desenvolveram em meio às ondas de choque e entorpecimento emocionais, esperadas para este período, o que poderia dificultar a eficácia do atendimento. Os *feedbacks* recebidos posteriormente foram de que as pessoas intensamente impactadas pela perda utilizaram o espaço e a escuta oferecida, retomando suas vidas de maneira satisfatória, ainda que vivendo o processo de luto.

A experiência do projeto vem se mostrando continuamente positiva; famílias iniciam, no ritual fúnebre, o resgate de recursos para fazer frente à perda e com maior grau de consciência; colocam-se diante de um processo de ajustamento à nova realidade, vislumbrando meios flexíveis e coerentes de reorganização e vivência da crise.

Em alguns casos, os efeitos do trabalho se propagaram, contribuindo para a elaboração de perdas secundárias, cujos conteúdos emocionais ainda necessitavam ser revistos.

O LUGAR DA CRIANÇA NESSE CONTEXTO

A sociedade ocidental e capitalista está envolvida com a globalização e o consumismo. Os vínculos se mostram competitivos e enfraquecidos. Com valores distorcidos, percebe-se um distanciamento das pessoas de seus sentimentos e um temor em compartilhá-los. Na época da morte interdita, esse fenômeno inerente à vida é entendido como um fracasso, pois não há espaço nesta sociedade contemporânea, para frustrações, fragilidades e limites. (Kovács, 1992, D'Assumpção, 2003)

Diante deste contexto, a morte abala a onipotência e reconecta as pessoas com elas mesmas, o que se torna assustador. Lidar com perdas consiste em uma difícil tarefa para os adultos e torna-se mais complicado para eles inserir as crianças neste contexto de morte, permitindo que elas expressem e compartilhem os sentimentos. O ato comum é a negação desses adultos em relação à percepção e à capacidade das crianças em lidar com momentos dolorosos.

A mentira e a omissão de informações referentes à morte de alguém amado para a criança, bem como não participar dos rituais de despedida podem incrementar as consequências desta experiência no desenvolvimento dela. O afastamento da criança neste momento familiar poderá provocar sentimentos de desamparo e angústia, bem como uma confusão entre o que percebe e o que lhe é dito, fragilizando, assim, a confiança nos adultos. Distanciar a criança da realidade da perda poderá reforçar a reação inicial de negação esperada no processo de luto normal e dificultar a passagem para o primeiro momento de elaboração da perda: aceitação da ocorrência da morte. (Hahn, 2002)

Inserir a criança no movimento de despedida é, não somente facilitar para que ela administre o luto, mas também uma preparação para a vida, uma vez que perda, sofrimento, fragilidade, apoio e confiança são aspectos inerentes a uma vida real. Por isso, a intervenção no *setting* funerário é uma forma valiosa de prevenção e educação para as crianças.

Os objetivos do projeto foram ampliados a fim de atender mais especificamente a criança. Buscamos também orientar a família enlutada sobre como inserir a criança no movimento de despedida da pessoa falecida. Nota-se que os adultos possuem dúvidas constantes em relação ao procedimento com a criança enlutada: como dar a notícia, se e quando levá-la ao velório e enterro, como responder às perguntas, bem como sobre a normalidade dos comportamentos apresentados pela criança.

Na nossa experiência, o profissional que atua na capela funerária aconselha a família enlutada sobre como lidar e facilitar o processo de luto da criança. Explica sobre a importância de se estimular a expressão de sentimentos e possíveis fantasias, assim como a participação no circuito de apoio, para que se sinta pertencente à família e capaz de tolerar momentos dolorosos. É necessário também a manutenção de amparo constante para a criança, uma vez que esta é uma situação desconhecida e assustadora e, mediante esta experiência, poderá ser reforçada a confiança da criança nos adultos, aprendendo que pode contar com as outras pessoas em momentos difíceis da vida. O adulto, neste momento de

luto, precisará encontrar um equilíbrio entre proteger a criança e estimular os recursos de enfrentamento que ela possui.

O terceiro objetivo do projeto em relação às crianças vai além do momento presente, com o intuito de oferecer orientações sobre os próximos dias, principalmente no que diz respeito à manutenção da rotina da criança, uma vez que mais mudanças, como de residência e de escola, podem intensificar o abalo na segurança que a morte provocou. Sempre que possível, é importante que as crianças participem das tomadas de decisões para retomar a sensação de controle sobre suas vidas e que tenham a forma de expressão validada, desde que seja um modo adaptativo e saudável de enfrentamento.

Todos os objetivos gerais, referentes ao trabalho desenvolvido com as crianças, dizem respeito a orientações sobre o modo de lidar com elas, nesse momento de despedida e de luto. Como os profissionais não estão presentes em todos os serviços da capela, elaboramos um folder explicativo que se chama: *Orientações em Relação às Crianças no Momento da Morte* (em anexo). Esses folhetos ficam à disposição da família, na sala de descanso das capelas.

Os objetivos específicos da intervenção com as crianças dizem respeito a:

- auxiliá-las no processo de reconhecimento da realidade da perda, bem como suas implicações. Este objetivo é facilitado pela presença da criança no ritual, vendo a pessoa falecida e todo o contexto, mesmo que por alguns instantes. O uso de termos claros e objetivos, evitando metáforas e comparações, facilita a compreensão da realidade. O desconhecido e o não-dito provocam angústia e inquietação nas crianças;
- autorizar a expressão dos sentimentos da criança e o uso de recursos saudáveis para o enfrentamento da perda, assim ela poderá compreender e administrar a dor emocional e outras implicações;

- ajudar, sempre que possível, na organização interna, externa da criança, retomada da sensação de segurança e controle sobre a circunstância. Para isso, é extremamente importante o vínculo que se formará entre o profissional, a criança e a família;
- promover uma aliança com os aspectos psíquicos saudáveis da criança, fortalecendo os recursos egóicos e saudáveis disponíveis no momento. Também é importante que se pontuem os recursos externos existentes, como aspectos positivos da relação da criança com o falecido e com os sobreviventes. Para isso, é preciso buscar informações sobre a história pregressa da criança com seus familiares e pontuar aspectos que possam facilitar a vivência do luto;
- orientar a criança em relação aos próximos dias. Esclarecer sobre o que poderá sentir, pensar, ter vontade de fazer, as mudanças que podem ocorrer na família, como se comportar na escola e com os amigos, perspectivas de futuro...

A criança, nessa situação, provavelmente está se sentindo desamparada, necessitando de alguém que a acompanhe nesse momento, de forma verdadeira, confiável e continente. Portanto, é importante que o profissional transmita segurança e acolhimento, seja pelo tom de voz calmo, suave e firme, seja pelo contato visual e toque, se pertinentes.

Na infância, há uma maneira muito peculiar de expressão; as crianças se exprimem de forma simbólica, com o brinquedo e o jogo. Por isso, para entendermos como a criança está vivenciando o movimento de despedida, fazem-se necessário alguns materiais que podem estar num espaço pensado especialmente para este público na capela, como pode ser levado pelo profissional. Acreditamos que pode ser eficaz: papel, lápis de cor, massa de modelar, jogos de montar, quebra-cabeça, brinquedos relacionados a hospital, bonecos. O manuseio e construção da criança com os brinquedos, bem como movimentos concretos, postura e o olhar serão indicativos de como a criança está lidando com a situação.

Em relação à forma de intervir, acreditamos que não seja indicado o uso de interpretações, ou perguntas incisivas e repetitivas, mas sim, o uso de pontuações, para validar sentimentos e recursos saudáveis disponíveis no momento. Pensamos que seja coerente a utilização de perguntas que provoquem a reflexão da criança, assim como compartilhar com ela algumas idéias e informações. Outro recurso válido é a repetição de ações e palavras, pois a repetição colabora para a elaboração do luto, permitindo reorganizar, incluir, excluir dados, fortalecer-se e consolidar. É comum que as crianças montem e desmontem várias vezes jogos de encaixe. O trabalho do profissional será de facilitar a construção do significado da experiência que a criança está vivenciando, de acordo com o ritmo e o estilo próprio dela.

Um ponto importante que passa pela via do vínculo que se forma entre aconselhador e a criança diz respeito à tolerância do profissional com o sofrimento da criança. É essencial que o cuidador não desvie o tema da conversa, não tenha expectativas de que a criança pare de sofrer rapidamente, não faça promessas que não possa cumprir, não precise concordar com ela o tempo todo, assim como não se preocupe em ter respostas para todas as perguntas, para que possa fornecer limites, se necessário.

Caso o profissional se comova, demonstrar suas emoções poderá permitir que a criança faça o mesmo. Mostrar-se atento e disponível para a escuta favorecerá o vínculo de trabalho, assim como deverá observar se a criança necessita fisicamente de algo.

Acompanhar a criança e observar o manejo dos adultos com ela é interessante para que se possa compreender o processo de luto da família e para avaliar a quantidade de informações passadas para a criança, uma vez que fortes emoções dificultam o entendimento dessas informações.

Em relação ao término da atividade, é importante esclarecer para a criança, desde o início, sobre a disponibilidade de tempo, a fim de que ela possa organizar-se mentalmente para a despedida, pois, nesse momento, poderá ser reeditada a despedida com o falecido. Na despedida, cabe fazer devoluções

positivas e verdadeiras sobre as impressões que a criança causou no profissional. Também é coerente oferecer devoluções para o(s) cuidador(es) responsável(eis), incluindo orientações que considerar relevantes.

RECORTES DE UMA EXPERIÊNCIA

O telefone toca, são duas e trinta da madrugada:

Estagiária (E): — Alô?

Chefe de plantão (CP): — Doutora, sou eu, A. Houve um óbito, caso sério, o corpo será liberado pelo IML por volta de três e trinta. Os familiares já estiveram aqui, devem retornar daqui a pouco. Foi assassinato, uma história violenta. Eles deixaram tudo acertado, acho que seria bom a senhora estar aqui quando chegarem.

E: — Você pode me dar mais informações?

CP: — Um senhor de quarenta e cinco anos estava com a esposa (M) e a filha (S) de sete anos, foram assaltados, ele reagiu e o assaltante disparou contra ele, morreu na hora. A criança viu tudo. O assaltante fugiu. Terrível né?

E: — Sim, vamos atendê-los juntos. Quem veio para contratar os serviços?

CP: — Um filho, de maior idade, a esposa, um amigo da família e um casal que eu acho que são parentes, estavam bem perturbados.

E: — Ok. Estou indo para aí. (...)

A família foi atendida durante a madrugada, recebendo também orientações em relação à menina de sete anos. De acordo com o planejamento em conjunto com a família, a menina, pela manhã, optou por vir à capela, tendo sido previamente preparada por um familiar da confiança dela.

São nove e trinta da manhã.

S. e a mãe entram na sala velatória de mãos dadas, acompanhadas pela estagiária. S. solta a mão da mãe ao ver a urna, corre até o corpo do pai, passa as mãos em seu rosto e senta ao lado da urna com a mãe. A mãe chora, S. seca as lágrimas da mãe em silêncio, a mãe a beija. Ficam por uns instantes em silêncio, a mãe faz um sinal com a mão para que a estagiária se aproxime...

M: — Filha, conversa com essa moça um pouquinho, ela é nossa amiga, está nos ajudando aqui.

S: — Oi? (S. oferece um abraço para a estagiária, que corresponde).

E: — Oi. Você gostaria de conversar?

S: — Sim, a gente pode ir lá fora?

E: — Sim. (A estagiária estende a mão, saem de mãos dadas).

S: — O pai, mãe... (a criança volta seu olhar para mãe).

M: — Pode ir filha, vou ficar aqui, quando quiser pode voltar.

S: — Vamos? (Diz olhando para a estagiária).

E: — Sim. (A estagiária faz um sinal para a mãe certificando-a de que cuidará de S. A menina acompanha com o olhar).

S. senta-se trazendo a estagiária pela mão, nos degraus, em frente à sala velatória, próximo à calçada, ao lado de um primo adulto:

S: — Aquele homem, queria nosso dinheiro, ele atirou no meu pai.

E: — Foi isto que aconteceu?



no meu pai com um revólver, a ambulância levou meu pai pro hospital.

E: — Como você se sentiu?

S: — Fiquei com medo, minha mãe me levou prá casa... queria matar aquele homem...

E: — Deve ter sido difícil, tudo isso dá muita raiva.

S: — É. Tô com raiva!

E: — Você pode sentir raiva e até expressar a sua raiva...

S: — Tô triste também... não quero mais falar disso. Queria tomar alguma coisa. Estou com sede.

E: — Lá dentro tem refrigerante e água, quer que eu busque?

S: — Não. Eu vou contigo.

A estagiária acompanha S. que volta com um copo de refrigerante para frente da sala velatória, entrega o copo ao primo. S. fixa o olhar na placa de avisos que fica entre os degraus e a calçada:

S: — O que é isso? (apontando para a placa).

E: — É uma placa de avisos, serve para informar as pessoas sobre quem faleceu e está sendo velado aqui.

S: — Posso mexer?

E: — Sim. (A estagiária coloca uma pedra para que a menina possa subir alcançando as letras que compõem a placa, S. sobe).

S: — Olha! As letras se mexem, é como um quebra-cabeças.

E: — Sim, é, conforme são colocadas as letras e os números podem organizar diferentes coisas, podemos reorganizar também, tirar letras ou colocá-las.

S: — Entendi... sabe, a semana passada eu e o meu pai montamos um quebra-cabeças onde tinha um urso bem grande.

E: — Como era o urso?

S: — Tinha uma cara simpática, eu montei a maior parte.

E: — Era bastante peças, como aqui? (A estagiária aponta para a placa).

S: — Até que eram. Acho que mais.

E: — O que aconteceu com o quebra-cabeças do urso?

S: — Se eu quiser posso montar de novo.

E: — Tenho certeza que sim, também pode contar com ajuda de outras pessoas para montar se precisar.

S: — Eu sei. Tu viu a placa? Tá tudo confuso agora, acho que não dá pra ler...

E: — É tá confuso e desorganizado agora, mas com o tempo as coisas podem se organizar de novo, mesmo que de um jeito diferente.

S: — Posso deixar assim?

E: — Sim (ela sai correndo, a estagiária não deixa que ninguém mexa na placa, alguns minutos depois S. volta).

S: — O que vai acontecer às dezesseis e trinta? (Aponta para a única informação que ela não mexeu na placa de avisos).

E: — Será a hora do sepultamento do corpo do seu pai, no cemitério. (A estagiária fala delicadamente, S. suspira, sacode a cabeça sinalizando que compreendeu e olha para o chão em silêncio. Em seguida S. pega a estagiária pela mão, sobe na pedra e solicita ajuda para colocar as letras no lugar como antes...).

S: — Segura prá mim... (Entregando algumas letras para a estagiária, que corresponde em silêncio). Terminei... agora dá prá ler... é o nome do meu pai, né?

E: — Sim, tudo se organizou novamente, você conseguiu colocar as peças no lugar.

S: — E se faltasse uma? Ia dar prá ler?

E: — Podemos tentar (tira uma letra, a primeira do nome do pai).

S: — Ainda sei que é o nome dele. Dá prá ler.

E: — Essa letra, então ia ficar faltando, mas como tem todas as outras, ainda dá prá ler. (S. coloca a letra no lugar, dá a mão para descer, solicita ajuda da estagiária para retirar a pedra e sai pulando os degraus de dois em dois para entrar na sala velatória).

S: — Vou ficar com a minha mãe, depois a gente se fala...

(...)

CONSIDERAÇÕES REFERENTES AO RELATO

Nesse atendimento com a criança, o foco se estabeleceu em torno da possibilidade de reorganização de S. e sua família frente à perda.

O trabalho se desenvolveu a partir da percepção do conteúdo simbólico da criança manifestado em suas ações, abrindo-se um espaço para que S. pudesse trazer a falta do pai, assim como a expressão de outros sentimentos e pensamentos. Uma escuta respeitosa que limitou a intervenção, para o que era possível de ser assimilado pela criança no momento. Também foram reforçados os recursos da criança e o reconhecimento sobre a existência de um circuito de apoio familiar, a possibilidade de contar com auxílio, inclusive numa perspectiva futura, propiciando, assim, um fortalecimento viável para o início da vivência da presença do pai falecido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BROMBERG, M. H. P. F. *A psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas, Ed. Livro Pleno, 1999.
- D'ASSUMPCÃO, E. *Tanatologia e Bioética*. Belo Horizonte: Fumarc, 2003.
- HAHN, R. *A morte do Pai na Infância - Uma Reflexão sobre a Percepção na Fase Adulta (estudo monográfico)* - Universidade de Caxias do Sul, 2002.
- KOVÁCS, M. J. *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo, 1992.
- PARKES, C. M. *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo, Summus, 1998.

ANEXO - FOLHETO INFORMATIVO

ORIENTAÇÕES EM RELAÇÃO ÀS CRIANÇAS NO MOMENTO DA MORTE

Por menor que seja a criança, ela percebe o que está acontecendo e é comum que ela sofra em silêncio, por receio de entristecer os familiares com a sua dor. Por isso, facilite para que a criança vivencie as reações de luto no momento da perda, incluindo-a no compartilhar da família. Acredite na força interna que ela possui.

COMO DAR A NOTÍCIA?

- Seja verdadeiro, fornecendo informações claras e sem exagero.
- Alguém que a criança confia deverá dar a notícia, dizendo que a pessoa morreu e que todos estão muito tristes com isso, escolhendo um local tranquilo e familiar da criança.
- Não tente proteger a criança, afirmando que a pessoa está dormindo ou viajando. Reforce que a pessoa não irá voltar, que ela não optou por morrer e que isto não significa que o mesmo acontecerá com os demais familiares.
- Ao dar a notícia, mantenha-se próximo da criança, confortando-a no momento e posteriormente deixando-



a sob os cuidados e apoio de um cuidador afetuoso se você precisar ausentar-se.

- Abra a possibilidade de fazer perguntas e tê-las respondidas honestamente. Fale só o necessário e o que ela perguntar. Algumas respostas podem ser construídas em conjunto e com o tempo.
- Não se surpreenda com reações aparentemente sem emoção ou inapropriadas no momento da notícia. Reconheça as limitações e capacidades de uma criança de compreender o que está acontecendo.
- Permita que a criança experimente a dor em seu próprio ritmo.
- Combinem o que será dito em família, para que todos falem a mesma linguagem.

AS CRIANÇAS DEVEM PARTICIPAR DO FUNERAL?

É importante para a criança participar do funeral, mas é necessário respeitar o desejo dela, assim como respeitar o tempo de permanência que ela tolerar e de preferência pouco tempo.

- Escolha momentos mais propícios, evitando levá-la à abertura da sala velatória e ao fechamento da urna, para preservá-la do impacto frente a possíveis reações de desespero dos adultos.
- Prepare-a antes, explicitando as questões práticas de um velório, o que a criança irá encontrar.
- Preferencialmente, alguém que a criança confie deverá acompanhá-la, segurando-a no colo ou pela mão para que se sinta mais segura.
- Não a force a nada, como chegar perto da pessoa falecida, encostar ou beijá-la.
- Mantenha-se disponível para responder perguntas sobre velório, urna, enterro etc.



COMO LIDAR COM CRIANÇAS QUE SOFRERAM ESSA EXPERIÊNCIA?

É normal que a criança tenha um possível desempenho escolar diminuído e atraso psicomotor. Também que demonstre tristeza, saudades e recordações persistentes da pessoa morta, ou então mostre-se hiperativa, irritadiça e impaciente. E que essas reações sejam acentuadas em reuniões de família, datas significativas e momentos difíceis. As crianças possuem recursos internos e capacidades para lidar com situações complicadas. Porém, alguns cuidados são importantes:

- Evite, sempre que possível, mais mudanças, como troca de residência, de escola, mudanças de planos e programações. Preserve a permanência da rotina da criança.
- Reafirme, constantemente, que ela é amada e que foi amada pelo falecido.
- Dê especial atenção às lembranças e sentimentos da criança. Ofereça uma escuta continente, ou seja, um espaço para permitir a criança falar de suas possíveis culpas, revoltas, auxiliando-as para a organização de seus pensamentos.
- Limites são tranquilizadores e necessários para as crianças, mesmo para as que sofreram essa experiência, portanto não as superprotejam.
- Não tente substituir a pessoa falecida, pois cada pessoa é única; auxilie a criança a enfrentar e a compreender a falta.
- Busque o auxílio de um psicólogo, se perceber reações intensas e persistentes, como por exemplo, um cuidado compulsivo com outras pessoas, forte auto-acusação, euforia em demasia, acidentes constantes e queixas de problemas de saúde semelhantes ao do morto, longo período de rejeição de alimentos e transtornos do sono.

CAPÍTULO 7

O LUTO DE CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS EM CASAS DE ABRIGO¹

VALÉRIA TINOCO

INTRODUÇÃO

Acordei com frio. Ei, meu pijama está curto, será que eu cresci? Não, este não é o meu pijama! A minha cama ficava encostada na parede, para onde foi a parede? Cadê os meus chinelos? O que estes estranhos estão fazendo no meu quarto? Para onde foram Maria, Ana e Pedro? Será que eles foram sequestrados? Será que eu fui sequestrado? Devo estar tendo um pesadelo. Saí do quarto, fui à cozinha beber água...onde está a cozinha? Foi quando eu ouvi:

— Ei, a cozinha é do outro lado!

— Mas antes ficava aqui.

— É, antes...mas agora esta é a sua casa, esta é sua família, estes são seus pijamas.²

Muitos estudiosos das décadas de 40 e 50, influenciados pelo número de crianças órfãs e pela inserção da mulher no mercado de trabalho, após as Guerras Mundiais, apontaram

¹ Este material é parte da dissertação de mestrado que está sendo elaborada pela autora no Núcleo de Família e Comunidade da Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC/SP.

² Trecho de material elaborado para o Curso para Educadores - Módulo I do Projeto Semear, ministrado por Luciana Mazorra e Valéria Tinoco, 2001.

para a necessidade de se pesquisar os efeitos da separação materna durante a infância. Bowlby, Anna Freud, Burlingham, Erickson, Spitz, Jacobson, psicanalistas da época, reconheciam a importância vital de uma relação estável e permanente com uma figura materna amorosa, durante toda a infância (Bowlby, 1960, 1979/1990).

Outros estudos (Bowlby, 1969/1993b, c; 1979/1990; Bromberg, 1994, James, 1994, Jewett, 1994) relacionam a existência de distúrbios psicológicos e problemas psiquiátricos na fase adulta, com a experiência de separação, perda dos pais e/ou outros tipos de perda na infância. Os prejuízos causados por estas experiências podem levar a uma deterioração da capacidade de estabelecer e/ou manter vínculos afetivos. Se a separação ou perda sofrida pela criança for sucedida por outras perdas e se ela não puder contar com o cuidado contínuo de um substituto, com quem possa se ligar, poderá ser mais difícil para a criança aceitar a perda e se reorganizar.

Não só a perda é tida como a causadora de distúrbios, mas, principalmente, as consequências e acontecimentos que a precedem e a sucedem (Bowlby, 1964/1995; Bowlby, 1969/1993c; Rutter, 1979, 1985; Ferreira, 1984). Tão mais destruturador será para a criança se, além da separação e perda, ela não tiver alguém para assumir seu cuidado, não puder expressar seus sentimentos e tê-los compreendidos, tiver vivido perdas anteriores mal elaboradas e passar por novas perdas, entre outros. Por outro lado, se as crianças puderem contar com uma relação segura com um cuidador substituto, possuírem boa auto-estima, capacidade de enfrentamento e estiverem num ambiente que possibilite a vivência de experiências construtivas, haverá a possibilidade de terem os efeitos da situação adversa minimizados.

Crianças têm a experiência de estarem separadas temporária ou definitivamente de seus pais, por motivos diversos: morte do(s) genitor(es), abandono, rejeição, incapacidade de cuidado por parte do(s) genitor(es) (abuso, negligência, abuso de álcool ou drogas, prisão, doença mental, doença física, falta de condição financeira) e causas desconhecidas.

A criança que é institucionalizada em uma casa abrigo passa por uma experiência que, inevitavelmente, envolve perdas: perde muitos de seus referenciais de vida, às vezes todos, ao mesmo tempo. É esta a idéia que a história contada no início deste capítulo pretende transmitir. Para a criança que é institucionalizada, o mundo que ela conhecia deixa de existir - ainda que, em alguns casos, temporariamente - tendo que passar por um grande desafio: incorporar, em sua história, um novo mundo e novas referências. O universo que lhe era familiar e conhecido, mesmo que muitas vezes conturbado e até perigoso, é substituído pela instituição que a recebe. Isto pode fazer com que sua identidade fique ameaçada, pois perde os alicerces que a sustentam: seus pais, cultura familiar, comunidade. O passado, o presente e o futuro ficam abalados, e a criança perde a sensação de segurança e controle em relação ao que vai acontecer com ela (Marin, 1999, Mazorra e Tinoco, 2001).

A passagem pela institucionalização é muito intensa e difícil para todos os envolvidos: criança, pais, profissionais. Trata-se de uma experiência de perda, e a adaptação a este momento, envolverá a vivência de um processo de luto. Entendendo o luto como uma reação normal e esperada diante do rompimento de um vínculo e como um processo essencial para que haja a elaboração de uma perda (Bowlby, 1969/1993c, Parkes, 1998; Worden, 1998), na institucionalização de uma criança, muitos lutos deverão estar presentes.

Neste capítulo, serão apresentadas algumas reflexões a respeito da criança que é institucionalizada diante da impossibilidade de ser cuidada por seus genitores e as perdas e lutos envolvidos.

O interesse por este tema surgiu a partir de uma experiência com crianças institucionalizadas, que perderam a família de origem por abandono, ou morte. De 1998 a 2004, fiz parte do Projeto Semear, atendendo em psicoterapia crianças e adolescentes institucionalizados em casas abrigo. Este projeto foi desenvolvido por um grupo de profissionais da área da saúde (psicólogos, psicopedagogos, médicos), tendo, como



crianças e adolescentes institucionalizados. A maioria destas crianças passou, ou está passando por alguma(s) destas situações: separação (provisória ou definitiva), abandono, violência, morte, outras perdas. O Projeto Semear trabalha com a perspectiva de que estas crianças e adolescentes possam formar um vínculo seguro com os psicoterapeutas, acrescentando-lhes esta experiência, para que, a partir daí, possam reconstruir suas histórias de forma mais saudável.

O número de crianças e adolescentes institucionalizados no Brasil pode chegar a cem mil. De acordo com dados do IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - (IPEA, 2003), há no Brasil seiscentos e trinta abrigos cadastrados pela Rede de Serviços de Ação Continuada, atendendo vinte mil crianças. Estes números devem representar 20% do número real de abrigados no país, segundo o próprio instituto. Na cidade de São Paulo, pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Assistência Social e outros parceiros (SAS, 2004) estima que haja quatro mil, oitocentos e quarenta e sete crianças e adolescentes abrigados nos cento e noventa abrigos da cidade, sendo que estes números podem ser muito maiores, pois há discrepância em alguns dados recolhidos pela mesma. Deste total, 61% têm idade de zero a onze anos e 33% foram abrigadas por negligência dos pais, ou abandono. Outros dados são importantes no que diz respeito ao tema aqui abordado: 31% passaram por dois abrigos diferentes e, para 65% dos abrigados, não há perspectiva de desabrigamento. Segundo o IPEA (idem), 51,9% dos abrigamentos duram mais de dois anos, sendo que 6% das crianças e adolescentes vivem por mais de dez anos nas instituições.

A necessidade de refletir sobre a criança³ que está abrigada, sobre o processo de institucionalização e a discussão sobre caminhos que possam facilitar esta experiência ganham papel importante diante deste universo.

³ Apesar da opção por estudar a criança, algumas das reflexões aqui realizadas também podem ser válidas para os adolescentes institucionalizados em casas abrigo. Porém, a adolescência e suas especificidades não serão abordadas, sendo a criança o foco deste estudo.

A CRIANÇA SEPARADA DE SEUS PAIS: CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DO APEGO

A perda da figura de apego primária representa a perda de tudo para a criança: a perda do amor, segurança, proteção.

Beverly James, 1994.

Ao descrever a relação da criança com a mãe em sua presença e em sua ausência e a influência desta relação na compreensão da personalidade, a Teoria do Apego, formulada por John Bowlby, alcançou lugar de destaque na compreensão da formação e do rompimento dos vínculos afetivos.

Segundo Bowlby, a criança desenvolve o comportamento de apego pela figura com quem mantém proximidade, comumente a mãe, buscando fonte de confiança e proteção. O desenvolvimento deste comportamento se dá numa experiência de cuidado contínuo e afetivo com a mãe ou substituto, sendo essencial para sua saúde mental. A partir de uma linha metodológica prospectiva, segundo a qual estuda os efeitos posteriores de uma vivência, Bowlby acredita que a privação materna na infância é uma experiência prejudicial ao desenvolvimento psicológico da criança (Bowlby 1969/1993a; b; 1979/1990).

Bowlby e seu colega James Robertson encontraram resistência na aceitação da idéia de que a ausência da figura materna poderia provocar reações nocivas às crianças, como aflição e desolação. Os autores e outros colegas sabiam da importância da variável *mãe ausente* nestas reações, embora também soubessem que não era a única interferência. Além das reações durante o período de separação, eram observadas as reações após o retorno das crianças a seus lares e ao cuidado materno. Durante um curto período de separação entre mãe e criança, observava-se um intenso sentimento de perda e reação de raiva. Após o retorno, algumas reagiam com veemente necessidade de ficar grudada à mãe, enquanto outras reagiam com rejeição (Bowlby 1969/1993a; b; c).

Aquelas que eram separadas de suas mães por um longo período de tempo e eram cuidadas por pessoas estranhas em lugares não familiares reagiam de forma parecida: apresentavam reações de protesto, desespero e desapego. Crianças de um ano e meio a três anos que tinham relacionamento próximo à mãe e que nunca haviam se separado dela reagiam no primeiro momento, protestando a ausência e buscando a figura da mãe, rejeitando qualquer outra figura estranha que viesse a seu encontro. Num segundo momento, ia perdendo a esperança de encontrá-la, embora a preocupação com sua ausência continuasse enorme. A criança ficava retraída e inativa, num processo de enlutamento. Após estas duas fases, que não são estanques e separadas, mas se mesclam, a criança passava a estar disponível para se interessar pelo ambiente e pelas pessoas, aceitando seu contato e parecendo dar sinais de maior tranquilidade - isto considerando um ambiente que possibilitasse este interesse. Foi observado que, diante do reencontro com a mãe, após este período, a criança se mostrava apática, distante e indiferente (Bowlby 1969/1993a; b; c).

O adulto cuidador, que proporciona a proteção necessária para a criança, irá ajudá-la a enfrentar situações que seriam muito assustadoras se tivesse que encará-las sozinha. Outros adultos podem ajudar a lidar com situações menos difíceis, mas, em situações de ameaça e vulnerabilidade, só a figura de apego pode dar o conforto necessário, sendo hierarquicamente a mais importante. A perda da figura de apego traz medo e desespero, que não podem ser suavizados, já que, quem teria condições para isto está ausente (Bowlby, 1969/1993b; James, 1994). Isto não quer dizer que outras figuras não tenham papel importante, dando suporte e segurança durante a separação, mas que a perda da figura de apego não pode ser prontamente elaborada, sem profundo sofrimento e sem que passe por um processo de luto.

A vivência do processo de luto é pensada, portanto, como etapa necessária para possibilitar a reorganização em crianças que sofreram abandono e tiveram vínculos rompidos. A criança que vivencia situações de separação e perda passa por um

processo de luto, que pode ser vivido de diferentes maneiras. Há tarefas psíquicas específicas deste processo, necessárias para que ocorra a elaboração: aceitação da realidade da perda; elaboração da dor da perda; ajustamento a um ambiente novo; internalização e ressignificação da relação perdida e continuação da vida (Bowlby, 1969/1993c; Jewett, 1994; Worden, 1998). Estas tarefas dependerão, além da condição interna, também das condições do ambiente, para que ocorram de modo favorável.

Independente da idade da criança, a separação da mãe pode ser uma vivência traumática, principalmente se ela for removida para um lugar estranho e com pessoas estranhas: o aparelho mental é atingido por uma série de informações que não pode absorver prontamente. Como consequência da separação, surgem reações, como aflição prolongada, depressão, negação ou cisão - processos defensivos resultantes do trauma (James, 1994; Bowlby, 1969/1993c; Katz, 1997).

Embora, muitas vezes, não seja possível evitar que uma situação de rompimento de vínculos aconteça, há meios de reduzir o prejuízo e/ou possibilitar uma elaboração e reconstrução saudável de vínculos. Na época de seus estudos, Bowlby (1979/1990), empenhou-se na busca por estas descobertas, "o estudo de respostas à perda da figura materna nos primeiros anos de vida é um dos mais promissores (...) existe a probabilidade de nos tornarmos capazes de desenvolver medidas para impedir, pelo menos, algumas formas de enfermidade mental." (p.60).

Durante seus estudos e pesquisas, Bowlby deu ênfase à separação mãe-criança como causadora de sérios prejuízos para o desenvolvimento da criança. No entanto, ao longo dos anos, passou a considerar fortemente a idéia de que outras variáveis teriam grande influência nas consequências de uma separação e que, portanto, nem todas as crianças sofreriam o mesmo prejuízo e teriam seu desenvolvimento comprometido. É possível acreditar que estudiosos mais atuais da Teoria do Apego têm, nesta ampliação de pensamento, respostas para muitas de suas críticas.

O modo como era a relação com a pessoa perdida, seja por separação ou morte, como ocorreu a perda e como a criança foi cuidada posteriormente poderá funcionar como fator de risco⁴, ou fator de proteção, no processo de elaboração do rompimento do vínculo e na possibilidade de se vincular novamente.

Quanto mais estranho for o ambiente, maior a reação de protesto. Quanto menos estranho for o ambiente e quanto menos mudar a figura cuidadora, menor será a aflição. Além desta variável, outros fatores ligados à criança, à relação perdida e à situação na qual ocorreu a separação também podem contribuir positiva ou negativamente, para a significação e capacidade de enfrentamento da criança (James, 1994; Bowlby, 1969/1993b):

- fatores ligados à criança: sexo, idade, habilidade verbal, história biopsicosocial, nível de desenvolvimento, capacidade de lidar com situações adversas;
- fatores ligados à relação perdida: relação anterior com a mãe, estado emocional da mãe;
- fatores ligados à situação na qual ocorreu a perda e cuidados posteriores: contexto no qual o evento ocorreu, cuidado e ambiente substituto, suporte disponível de outras figuras de apego.

As instituições que recebem as crianças que perderam o vínculo com suas famílias têm grande influência no que diz respeito aos fatores ligados à situação na qual ocorreu a perda e cuidados posteriores, apesar de muitas vezes não terem esta consciência. A chave para a possibilidade de elaboração dos lutos e a reconstrução de vínculos sadios para seu desenvolvimento

⁴ Atualmente alguns autores têm considerado melhor não utilizar o termo fator de risco por entenderem que demonstra que o risco de um prejuízo já está determinado e propõem que se utilize "mecanismos de risco" ou "situação potencialmente geradora de risco" (ver discussão em Rutter, 1993 e Casellato, 2004). Neste texto, optou-se por continuar utilizando o termo, entendendo que uma determinada situação ou acontecimento considerado fator de risco pode, ou não, se concretizar numa situação de risco.

pode estar presente na ocorrência, ou não destes fatores, que a instituição tem possibilidade de influenciar.

INSTITUCIONALIZAÇÃO E LUTO

As crianças não são lousas das quais o passado pode ser apagado com uma esponja, e sim seres humanos, que carregam consigo suas experiências anteriores e cujo comportamento presente é profundamente influenciado por tudo o que se passou antes.

Bowlby, 1951/1995

A vivência da criança que é institucionalizada em uma casa abrigo normalmente envolve, além do afastamento de sua família e de sua casa, perdas referentes a tudo o que era conhecido: brinquedos, comidas, cheiros, hábitos, contato com vizinhos e comunidade, escola, colegas, lugares conhecidos que freqüentava. Trata-se, portanto de uma experiência de perdas múltiplas para a criança.

Concordando com Jewett (1994), a ida da criança para um lar substituto é uma nova perda que se soma à perda dos pais. Cada nova perda irá trazer memórias das outras perdas e fortes sentimentos e reações, muitas vezes somando-se a outras que ainda não foram elaboradas. A criança que não se adapta a um novo lugar, seja a instituição, seja uma família substituta ou adotiva, o faz, não só pelo luto e tentativa de reaver a família original, mas porque o fato dela estar lá concretiza que aquilo que foi perdido não está disponível e a chance de voltar à família parece ficar mais distante. O novo, pelo menos num primeiro momento, não pode ser visto como algo bom.

É comum observar nestas crianças reações, tais como choro, tristeza, depressão, raiva, culpa, relutância em aceitar coisas novas, apatia, isolamento, queda no rendimento escolar, hiperatividade, dificuldade de concentração, somatizações, problemas de sono e de alimentação. Trata-se de reações normais de enlutamento diante das perdas sofridas e que

precisam ser acolhidas e entendidas como tal. Quando, por exemplo, a criança apresenta comportamento agressivo, ou não apresenta interesse por estudar, ou ainda, manifesta intensa apatia, pode estar reagindo a tudo o que está vivendo, na tentativa de se adaptar à nova situação, mas estas reações podem ser confundidas com má-educação, delinquência, ingratidão pelo cuidado oferecido.

Ao longo de dez anos de experiência com crianças e cuidadores em instituições foi possível reunir alguns exemplos que podem ilustrar as reflexões aqui apresentadas.

João ficou institucionalizado dos quatro aos cinco anos de idade, pois seu pai havia morrido e sua mãe foi presa. Foi morar com uma tia quando esta foi localizada, voltando para a escola que freqüentava antes da institucionalização. Muito agitado, com dificuldade de concentração e agressivo na escola, era visto como mau aluno pelos professores e pela tia. Após orientações, a tia e a escola passaram a contê-lo quando tinha ataques de agressividade e diziam que entendiam que esta era sua maneira de manifestar-se diante de tudo o que lhe acontecera e do medo de ser abandonado novamente, a mesma forma de compreensão da terapeuta. João passou a pedir ajuda quando achava que ia ficar agressivo e também para as tarefas escolares, retomando o processo e aprendizagem.

Vale lembrar que o abandono é uma experiência traumática para a criança, que precisa de uma rede de sustentação que possa trazer-lhe de volta a sensação de controle e estabilidade perdida, para que possa enfrentá-la. A capacidade da criança para o enfrentamento de situações adversas depende de ajuda externa. Apesar de algumas crianças possuírem força e capacidade individual para lidar com as adversidades, elas não podem fazer isto sozinhas (Rutter, 1985; 1993 e Katz, 1997).

Em experiências de separação prolongada ou permanente, a criança se vincula a outras figuras e, quando perde também estas, reage intensamente às novas separações. Quando este processo de apegar-se e perder se dá muitas vezes, a criança

vai se ligando cada vez menos, podendo não apegar-se a mais ninguém, não reagindo mais a separações e reencontros (Bowlby, 1969/1993 b). Nesta situação, a criança aparentemente parece adaptada ao meio, mas é uma adaptação superficial, na tentativa de proteger-se de novas perdas.

Uma criança de três anos que fora abrigada pela segunda vez em sua curta vida chorou sem parar por quatro dias seguidos e nas semanas seguintes chorava cada vez que os educadores trocavam de turno. Após este período, o choro cessou e ela passou a ficar entretida em segurar uma bolinha, não mais reagindo à presença ou ausência de qualquer adulto. De uma educadora ouvi: Ela já está bem melhor, não chora mais e só liga para esta bolinha.

Se o ambiente familiar onde a criança estava era muito desestruturado, ela pode ter no abrigo mais estrutura e proteção. O papel da institucionalização, neste sentido, torna-se fundamental e é, talvez, a única possibilidade de estabilidade. No entanto, algumas instituições podem também não ser local de proteção, assim como não era o ambiente familiar.

As perdas devido ao abandono não ocorrem apenas no momento da institucionalização, mas, com certa freqüência, repetem-se dentro da própria casa abrigo: (a) os profissionais que cuidam das crianças deixam o emprego, ou são remanejados, deixando de ter contato com a criança; (b) as crianças são desinstitucionalizadas (voltam para suas famílias, são adotadas, fogem) e (c) crianças são transferidas de uma casa abrigo para outra. Como já foi dito anteriormente, a ocorrência de perdas sucessivas constitui um fator de risco para o desenvolvimento emocional inadequado da criança que, somadas à forma como acontecem, podem contribuir para que a tarefa de enfrentamento e reconstrução dos vínculos se torne mais difícil.

Apesar de haver uma crença fundamentando que situações adversas tendem a se repetir no indivíduo, existe a linha de pensamento que diz que, se for possível evitar outras adversidades no presente, mesmo que a criança tenha passado por uma situação adversa no passado, esta tendência pode não se confirmar. Do mesmo modo, experiências traumáticas que

forem elaboradas adequadamente podem enfraquecer o impacto de traumas vividos posteriormente (Rutter, 1985).

Observa-se que as mudanças ocorridas dentro da instituição, como as exemplificadas, muitas vezes acontecem de forma abrupta, sem que a criança seja preparada para tanto. Os efeitos psicológicos de múltiplas mudanças de instituição podem ser mais danosos que a situação de risco vivida em casa (Katz, 1997).

Certo dia, uma criança que era vista como agressiva pelos profissionais de uma instituição envolveu-se numa briga com outra criança e o responsável pela instituição determinou que ela fosse transferida imediatamente para outra casa abrigo. No fim deste mesmo dia, foi transferida para outra casa, deixando para trás todos os seus pertences e seus dois irmãos. Anos depois, ainda encontrava restrições para falar ao telefone e encontrar os irmãos.

Não se pretende aqui julgar os profissionais envolvidos em situações como estas, ou os motivos pelos quais estas mudanças ocorreram, mas destacar o caráter violento de sua condução. Não poder despedir-se, não poder levar consigo objetos que lhe passem segurança, ou que lhe sejam referência de algo conhecido, não poder organizar-se para continuar em contato com as pessoas conhecidas, não saber para onde vai e não encontrar um local preparado para recebê-la e são fatores de risco para a elaboração desta perda. Numa mudança como esta, que envolve tantas perdas, o modo como é realizada pode conduzir a uma complicação maior da situação, tornando-se uma vivência traumática para a criança.

No exemplo citado, ou em outras situações nas quais a instituição não é vista pela criança como lugar seguro e confiável, há o perigo de que a sensação de falta de controle seja acentuada, impedindo a elaboração saudável do luto, no qual a reconquista da confiança e estabilidade é fundamental. Na elaboração do luto decorrente da institucionalização, entende-se que a criança precisa reconhecer o que foi perdido e, a partir da vivência de novas relações de segurança, pode fazer planos para o futuro, continuar a desenvolver-se.

Se a criança puder ser incluída e participar ativamente das decisões que lhe dizem respeito, tiver ajuda para compreender o que vai lhe acontecer e o porquê, e tiver oportunidade de conversar sobre seu futuro, práticas realizadas em algumas instituições, prejuízos não serão acrescidos à experiência de rompimento e ela terá a oportunidade de aprender a lidar com a situação (Katz, 1997; James, 1994; Jewett, 1994; Rutter, 1985; Bowlby, 1951/1995).

Durante os anos de 2001 a 2003, foi ministrado pelo Projeto Semear um curso para profissionais que trabalham em casas abrigo⁵ (educadores, técnicos e outros funcionários) e um dos objetivos deste curso era refletir sobre as perdas envolvidas no processo de institucionalização. No contato com estes profissionais, chamava atenção a surpresa com que reagiam na aula, sobre crianças enlutadas, e a expectativa que tinham de que as crianças não reagissem às perdas. Não compreendiam, por exemplo, que as perdas pelas quais passam estas crianças podem estar relacionadas às reações que elas apresentam, com as quais têm dificuldade em lidar. Havia a expectativa de que as crianças não reagissem à separação de seus pais e à institucionalização, o que pode ser observado nestas falas:

Elas são agressivas, parece que queriam continuar na rua; a gente faz tudo para elas e não dão valor; eles são todos problemáticos, tem os que choram ou brigam o tempo todo e tem aqueles que ficam quietos, não falam nada, nem quando a gente pergunta; é melhor a criança esquecer a família.

Também encontra-se, entre os educadores, a idéia de que é prejudicial para a criança saber sobre sua história. Cuidadores podem tentar apagar lembranças, ou omitir-lhe fatos, pois pensam que a criança é muito frágil e nova para compreender o que está acontecendo. Há o medo de que, caso a criança saiba de sua história, possa repetir os comportamentos indesejados dos pais, ou ficar muito triste e "piorar". A dificuldade, muitas vezes, está no cuidador em lidar com as emoções advindas

⁵ Curso para Educadores - Módulo I, ministrado e coordenado pela autora e por Luciana Mazorra.

destas situações. Segundo Jewett, (1994), as fantasias que a criança pode ter a respeito de sua história de vida, podem ser mais assustadoras que a realidade. Além disso, saber exatamente o que foi perdido, como e por quê, é essencial para que o luto possa ser elaborado.

Uma criança institucionalizada tinha uma única pessoa da família que tinha seu paradeiro conhecido: um irmão que estava na prisão. Uma foto 3X4 deste irmão ficava colada junto à cabeceira da cama dela até que uma educadora mandou que ela tirasse dali, pois "não adianta nada ficar lembrando de um irmão que está preso. Ele nunca vai fazer nada por você. Esquece ele, não é boa influência ter um irmão assim".

Outra concepção errônea é a de que, para se adaptar a uma nova situação, a criança precisa desligar-se e desfazer-se dos vínculos anteriores. Profissionais envolvidos nos processos de institucionalização e adoção crêem que, para ser adotada, a criança deve esquecer os laços que formou até então: dos pais biológicos à instituição, tudo deve virar passado e não estar presente na história da criança. Segundo James, (1994) querer que a criança se desfaça de algo que era ligado à família anterior é como pedir para um naufrago desfazer-se de um pedaço do casco que o segura em alto-mar.

Um profissional que intermediava um processo de adoção disse que estava com muito medo de que uma criança levasse para a casa dos pais adotivos uma carta de despedida que a mãe social dera a ela. "Quando ela deixou a carta comigo eu pensei: Graças a Deus, ela vai se esquecer de tudo isso".

De outra forma, há instituições que, mesmo após a criança ou adolescente ser desabrigado, continuam sendo um local de referência, um porto seguro, como é a figura de apego. Estas instituições são procuradas, quando aqueles que lá viveram parte de sua vida querem contar algo ou pedir ajuda, por exemplo. Isto ocorre porque a instituição se coloca disponível a este contato, não reproduzindo o abandono diante do desabrigamento.

Um adulto de quarenta anos de idade ainda volta à instituição, onde morou dos dez aos dezito anos, para pedir conselhos aos profissionais que lá trabalham. Outro, que saiu há poucos anos de lá, volta para comemorar o aniversário e para mostrar a nova namorada. E são sempre bem recebidos.

A instituição e as pessoas que nela trabalham estão constantemente em contato com o sofrimento advindo dos rompimentos de vínculos. Mesmo quando a situação é resolvida de modo favorável para a criança, por exemplo, no caso de processos de adoção bem sucedidos, há uma dificuldade de lidar com os sentimentos e reações presentes. Quando a criança vai embora, os profissionais envolvidos podem sentir-se abandonados, podendo atuar para que ela não vá.

Ele está triste, não está querendo ir (com os pais adotivos). Disse que vai ter saudades de mim, olha só, ele não quer ir, acho melhor ele não ir - dizia uma mãe social.

Por outro lado, quando conseguem entender que é necessário apegar-se e depois desapegar-se e que sentimentos e reações difíceis fazem parte deste processo, parecem sentir-se realizadas. Outra mãe social disse uma vez a uma técnica de uma casa abrigo quando a criança de quem ela cuidou por dois anos foi adotada:

Olha lá ele indo com a nova mãe, olha que menino bonito eu criei. A gente fica triste, mas faz parte da vida. Espero que ele me ligue e venha me visitar quando tiver saudades. Pode me mandar mais uma (criança) que eu vou cuidar do mesmo jeitinho.

Uma possível compreensão para as ações que acabam por reproduzir, ou incrementar a situação de abandono nas instituições, é a tentativa, muitas vezes inconsciente, de evitar o sofrimento dos profissionais envolvidos, com a utilização de mecanismos de defesa como, por exemplo, negação e cisão. Isto pode ser observado nos momentos em que negam que esteja acontecendo um rompimento, não falando sobre ele, evitando, assim, ter que entrar em contato com sentimentos dolorosos.

Uma criança iria voltar para a casa de sua mãe e a educadora com quem tinha maior ligação ainda não havia falado com ela sobre o assunto. Dizia preferir não se despedir e não havia pensado que, apesar dela estar indo embora, a ligação poderia permanecer com visitas, telefonemas, cartas.

Os profissionais sofrem, muitas vezes, porque se apegam às crianças e, como são desabrigadas, também acabam vivenciando rompimentos. Sofrem também porque trabalham com histórias tristes e difíceis e, com frequência, identificam-se com o que as crianças vivem, reconhecendo-se nas situações de abandono. Isto aponta para a necessidade de apoio a estes profissionais, para poderem vivenciar e enfrentar os rompimentos.

Alguns trabalhos que tratam sobre a institucionalização e sobre as instituições que acolhem as crianças (Guirado, 1980, 1986; Marin, 1999; Cunha, 2003) apontam para a visão de que muitas instituições brasileiras atuais não são consideradas adequadas para a criança crescer, embora, muitas vezes, seja uma solução mais viável do que a criança permanecer com a família. Do ponto de vista do rompimento de vínculos, situação que funda todas as instituições, as casas abrigo, da maneira em que estão estruturadas, parecem não dar conta de permitir a elaboração destas vivências. Há dificuldade em lidar com o tema, com o sofrimento da criança, falta de suporte e desinformação sobre como podem trabalhar estas questões.

CAMINHOS POSSÍVEIS: ROMPENDO E FORMANDO VÍNCULOS

A instituição pode ser um bom lugar para a criança crescer. Esta frase era dada no Curso para Educadores para ser discutida e, intencionalmente, causava certa polêmica. Os educadores ficavam ambivalentes em relação a esta afirmação. Por um lado, não concordavam, pois compartilham da idéia de que só a família constitui um bom lugar para a criança. Por outro, pensavam que a afirmação pode ser correta, que podem realizar um trabalho importante e, pensar nisso, faz com que percebam que trabalham com algo positivo, dentro de tantas dificuldades, sentindo-se mais motivados com sua atividade.

Para que a instituição seja uma alternativa positiva, diante de uma família que não tem condições de cuidar de sua criança, é preciso ser um lugar que não incremente as histórias de rompimentos já existentes. É necessário que as perdas, pelas quais a criança e os profissionais da instituição passam, e a necessidade de um processo de luto por estas perdas sejam reconhecidas. Quando se aceita a situação pela qual a criança está passando, o luto pelo abandono, é mais fácil oferecer o suporte adequado. Se a casa abrigo não conhece o tamanho do sofrimento, tentando muitas vezes esconder a história da criança, pode não validá-lo, o que aumenta o sofrimento e a dificuldade de lidar com ele (Katz, 1997). Independentemente da condição de risco vir do meio externo ou do meio interno, a criança pode não conseguir sair desta situação sozinha, e as pessoas com quem ela passará a conviver na instituição, na escola e em outras atividades serão muito importantes nesta etapa.

O modo como são vivenciadas as mudanças na vida da criança abandonada, no que diz respeito aos vínculos estabelecidos (institucionalização, desinstitucionalização, mudança de instituição, adoção), é de vital importância para o restabelecimento da sensação de continuidade, do senso de coerência e da auto-estima. Fatores que podem influenciar, nestes aspectos, estão menos ligados aos rompimentos e mais atrelados ao modo como a criança os enfrenta, a como os adultos a seu redor lidam com estas situações e às oportunidades de reconstruir e construir novos laços.

Nas experiências adversas, é possível que fatores de proteção adequados superem os efeitos da exposição a fatores de risco e adversidades. A escola, as relações na instituição, a existência de relações positivas, seguras, de confiança e de afeto, psicoterapia, possibilidade de ter sucesso nas atividades desempenhadas, o relacionamento com a família adotiva, cada uma destas variáveis pode proporcionar a proteção necessária e a oportunidade para estas crianças desenvolverem senso de confiança, possibilidade de elaborar suas vivências e reconstruir um futuro com relações saudáveis.

Do mesmo modo, o senso de desconfiança no mundo e

nas relações ficará ainda mais fortalecido se as experiências forem frustrantes e/ou negativas, como mudar muitas vezes de instituição, estudar numa escola onde não haja um olhar que permita que as dificuldades sejam sanadas, ou que reforce estas dificuldades, falta de oportunidades para desempenhar atividades bem sucedidas, não estabelecimento de um vínculo seguro com a família adotiva. Há, portanto, a necessidade e possibilidade de prover fatores protetores à repetição de adversidades na vida destas crianças. E a experiência vivida na institucionalização tem influência elevada para que isso ocorra.

É essencial que se pense na instituição como um lugar que não agrave a história de perdas da criança e, além disso, que possa ser um bom lugar de se morar, que possa fazer parte de sua história, não constituindo apenas uma função de passagem, mas uma experiência de segurança e crescimento, independente do tempo de permanência nela.

Estudiosos do luto na infância (Jewett, 1994, Worden, 1998) recomendam que uma pessoa de confiança deva conversar e ficar com a criança, diante da ausência dos pais, para não aumentar a sensação de insegurança. A criança que vai para a instituição não tem esta possibilidade, pois tudo para ela é novo, desconhecido. Neste caso, a pessoa que será responsável pela criança, enquanto ela estiver ali, deve buscar a possibilidade de formar uma relação de confiança e estar presente sempre que possível.

Independente das causas da separação, ou rompimento é importante conversar com a criança a respeito delas, com o objetivo de não incrementar sua culpa, sentimento comumente presente. Deixar claro, para a criança, quais foram as circunstâncias que resultaram no abrigamento e explicar o que vai acontecer dali em diante é dar-lhe a possibilidade de compreensão e significação de sua vivência, bem como do reestabelecimento da confiança perdida.

Quando é dada a oportunidade para os cuidadores (inclusive os pais biológicos) se despedirem da criança, desejarem que fiquem bem, explicar que não houve outra

maneira desta situação acontecer, há benefícios para todos os envolvidos. A criança terá oportunidade de entender melhor o que está acontecendo, não terá alimentada a fantasia de que ela é responsável pelo ocorrido e de que poderá voltar à situação antiga. Os cuidadores terão a oportunidade de expressar seus sentimentos a respeito da decisão tomada e também de preparar-se para um novo recomeço, sem aquela criança (Jewett, 1994; James, 1994).

A criança que é preparada para ser institucionalizada, cuidada por outras pessoas, ou adotada, pode ter mais chance de dar continuidade à vida, mesmo que ainda permaneçam dúvidas a respeito de seu futuro. Para isso, o primeiro passo é mantê-la ciente do que vai lhe acontecer, sendo honesto ao passar as informações. Mesmo que não se saiba exatamente o que vai acontecer, é necessário contar-lhe a respeito do que é previsto, até que estas situações se concretizem: com quem vai ficar; quem vai cuidar dela, como poderá pedir ajuda e esclarecer dúvidas. Não ter respostas para algumas situações é muito provável, e a criança também pode ser informada disso, assim como sobre as alterações daquilo que era previsto. Não se trata de estabelecer um manual, ou um conjunto de regras a serem seguidas pelas pessoas envolvidas na institucionalização da criança, mas de discutir práticas e técnicas que possam colaborar para que o processo de enfrentamento das perdas vividas seja adequado e que prejuízos não sejam adicionados, podendo colocá-la numa situação de risco.

Retomam-se, aqui, algumas atitudes, colocadas ao longo deste capítulo, que podem ser profilaticamente desempenhadas pelos adultos envolvidos no processo de abrigamento e desabrigamento da criança, que passa por uma situação de abandono:

- saber sobre o que acontece quando perdemos alguém, reações e sentimentos envolvidos, para poder entender as manifestações da criança e conversar sobre elas;
- prover ambiente seguro;

- evitar novos rompimentos;
- tolerar a expressão de reações intensas como raiva, sem que ela se machuque, ou machuque alguém, por exemplo;
- possibilitar e acolher a expressão dos sentimentos;
- conversar honestamente e responder a suas perguntas;
- responsabilizar uma pessoa de confiança da criança por estas conversas;
- alertar para que o cuidador não apresse o processo, mas esteja sempre presente;
- incluir a criança nas decisões sempre que possível;
- alertá-la sobre as mudanças de planos;
- explicitar tudo o que for possível e conhecido;
- ajudar a criança a fazer rituais de despedida e a buscar significados;
- identificar e providenciar ajuda profissional quando necessário;
- fornecer suporte aos profissionais envolvidos.

Há algumas técnicas⁶ que podem ser úteis neste processo, principalmente no que se refere a ajudar a criança a: (a) expressar seus sentimentos; (b) retomar um certo controle sobre o que vai acontecer com ela; (c) ter sua história de vida preservada, ou reconstruída.

Uma técnica considerada bastante interessante para ser utilizada com crianças que possuem experiências de rompimentos de vínculos é a construção de um livro da história da criança junto com ela, utilizando fotografias, desenhos e escritos. Esta técnica, e variações dela, é utilizada com sucesso, em algumas instituições. Neste livro, que pertencerá à criança,

são incluídas todas as etapas de sua vida, como por exemplo, como era sua família antes dela nascer, como foi enquanto permaneceu com a família de origem, para onde foi e quem foram as pessoas importantes a quem se ligou durante o período em que ficou em instituições e o que mais aconteceu com ela. Se houver períodos dos quais não se tem informação, situação não incomum a estas crianças, deve-se incluir esta lacuna na história. Também é possível preencher com o que se imagina que pode ter acontecido. Pode-se finalizar o livro com o que se espera que aconteça, ou deixá-lo para continuar sendo escrito ao longo dos acontecimentos. Ter conhecimento de sua história de vida é fundamental para o enfrentamento e a elaboração dos vínculos rompidos, bem como para reconstrução e continuação desta história.

É importante ressaltar que, como diz Jewett (1994), apesar de podermos dar todas as explicações possíveis, tentando transmitir segurança e confiança à criança e, apesar de os adultos envolvidos acharem que a nova situação oferece muitos benefícios, isso não quer dizer que a criança irá concordar e ajustar-se rapidamente à nova situação sem rejeitá-la, sem enlutar-se pela família antiga e sem desejar que pudesse reunir-se novamente a ela.

Crianças institucionalizadas podem não desenvolver, ou ter problemas futuros reduzidos, se a institucionalização ajudar no processo de recuperação. As crianças precisam da própria capacidade individual de enfrentamento, mas a instituição, e tudo e todos que estiverem envolvidos neste processo, têm a possibilidade de prover grande parte dos fatores de proteção.

A partir destas reflexões, tornam-se necessárias muitas outras, com o intuito de desenvolver políticas de prevenção e intervenções adequadas, na tentativa de aumentar os fatores de proteção e reduzir os fatores de risco para a saúde mental. Há a necessidade de se aproximar das histórias das crianças institucionalizadas, conhecer o modo como vivenciam o processo de institucionalização e o processo de luto que o acompanha, visando incrementar a possibilidade de enfrentamento das situações adversas e a formação de laços afetivos.

⁶ Para saber mais, ver James (1994), Jewett (1994), www.fazendohistoria.com.br

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOWLBY, J. (1960) *Aflicção e luto na infância e na primeira infância*, in Littoral, (1999) *Luto de Criança*, Rio de Janeiro, Companhia Freud.
- _____. ([1951]1964/1995) *Cuidados maternos e saúde mental*, São Paulo, Martins Fontes.
- _____. (1969/1993a) *Apego*, vol.1 da Trilogia *Apego e Perda*, São Paulo, Martins Fontes.
- _____. (1969/1993b) *Separação - Angústia e Raiva*, vol.2 da Trilogia *Apego e Perda*, São Paulo, Martins Fontes.
- _____. (1969/1993c) *Perda - Tristeza e Depressão*, vol.3 da Trilogia *Apego e Perda*, São Paulo, Martins Fontes.
- _____. (1979/1990) *Formação e rompimento de laços afetivos*, São Paulo, Martins Fontes.
- BROMBERG, M.H.P.F. (1998) *Psicoterapia em Situações de Perda e Luto*, Campinas, Editora Livro Pleno.
- CASELLATO, G. (2004) *Luto por Abandono: enfrentamento e correlação com a maternidade*, Tese de Doutorado. Pós-Graduação em Psicologia Clínica PUC, São Paulo.
- CUNHA, S.A. (2003) *A história de uma criança abrigada: uma compreensão winnicottiana*, Dissertação de Mestrado, Psicologia Clínica, PUC-SP.
- FERRÊIRA, M.C.R. (1984) *O apego e as reações da criança à separação da mãe - uma revisão bibliográfica*, in *Cadernos de Pesquisa* (48): 3-19, fevereiro, São Paulo.
- GUIRADO, M. (1980) *A Criança e a Febem*, São Paulo, Perspectiva.
- _____. (1986) *Instituição e relações afetivas: o vínculo com o abandono*, São Paulo, Summus.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA (2003) *Levantamento nacional os abrigos para crianças e adolescentes da rede de Serviço de Ação Continuada (SAC)*, Relatório de Pesquisa n.01, Brasília.
- JAMES, B. (1994) *Handbook for Treatment of Attachment - Trauma: problems in children*, Nova Iorque, Free Press.
- JEWETT, C. (1994) *Helping Children Cope with Separation and Loss*, Londres, Barsford.
- KATZ, M. (1997) *On playing a poor hand well: insights from the lives of those who have overcome childhood risks and adversities*, Nova Iorque, Norton.
- MARIN, I.S.K. (1999) *FEBEM, Família e Identidade - O Lugar do Outro*, São Paulo, Escuta.
- MAZORRA, L. e TINOCO, V. (2001) *Curso para Educadores - Módulo I - Apostila do Curso para Educadores - Módulo I*, material não publicado, São Paulo.
- PARKES, C.M. (1998) *Luto: Estudos sobre o Pesar na Vida Adulta*, São Paulo, Summus.
- RUTTER, M. (1979) *Maternal deprivation 1972-1978: new findings, new concepts, new approaches*. *Child Development*, 50, 283-305.
- _____. (1985) *Resilience in face of Adversity: Protective factors and Resistance to Psychiatric Disorder*. *British Journal of Psychiatry*, n.147, p. 598-611.
- _____. (1993) *Resilience: some conceptual considerations*. *Journal of Adolescent Health*. Nova Iorque, n 14, dez, p. 626-631.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SAS [et al.] (2004) *Reordenamento de abrigos infanto-juvenis da cidade de São Paulo: construção da política interinstitucional de defesa dos direitos de convivência familiar e comunitária das crianças e adolescentes de São Paulo*. São Paulo, SAS.
- WORDEN, J. W. (1998) *Terapia do Luto: um manual para o profissional de saúde mental*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- Site: www.fazendohistoria.com.br, acesso em 10/01/2005.

CAPÍTULO 8

IMPACTO DO LUTO NA CRIANÇA:
UMA QUESTÃO PARA A TERAPIA
FAMILIAR SISTÊMICA

DANIELA REIS E SILVA

Aprendi que, no curso de nossa vida, abandonamos muito do que amamos e somos abandonados também. Perder é o preço que pagamos para viver. É também a fonte de grande parte do nosso crescimento e dos nossos ganhos... Temos que enfrentar nossas perdas necessárias.

(Judith Viorst)¹

Em minha prática clínica, tem sido constante encontrar, por trás dos mais diversos sintomas, processos de luto adiados, ou não resolvidos, a partir de um completo desconhecimento da própria família, bem como de diversos profissionais de saúde e educação a respeito de como atuar nas questões do luto, especialmente no que diz respeito à criança.

No campo da saúde mental e das ciências sociais, a pouca atenção que se dá ao luto carece ainda de uma perspectiva sistêmica. Entre os terapeutas de família, é preciso divulgar mais o conhecimento a respeito do processo do luto e de seus desdobramentos. Desta forma, este capítulo destina-se a integrar questões referentes ao luto da criança a uma perspectiva sistêmica, trazendo contribuições da terapia familiar sistêmica

¹ Viorst, J. (2003).

para a compreensão e favorecimento do processo de luto, na criança, em seu curso esperado.

1. CONTEXTUALIZANDO A TERAPIA FAMILIAR SISTÊMICA

Desenvolvida no século XX, a terapia familiar sistêmica tem uma rica história de diversidades, com fios comuns que as unem. Recebeu grande influência da Terapia de Grupo, desenvolvida pelo existencialista e fenomenologista Wilfred Bion, do Psicodrama criado por Jacob Levy Moreno e da Gestalt, de Fritz Perls; também contribuições do Serviço Social e de seus trabalhos comunitários, do aconselhamento familiar, da psicoeducação familiar e do movimento de orientação à criança.

Com seus conceitos baseados na Teoria Geral dos Sistemas, proposta por Bertalanffy, e na Teoria da Cibernética, proposta por Weiner, tem como base o conceito de *sistema*², definido como um "complexo de elementos em interação" (Vasconcellos, 2002). Desta forma, cada parte do sistema está relacionada com as demais em interdependência e qualquer mudança em uma delas acarretará mudanças nas outras.

Assim, o foco de trabalho da terapia familiar sistêmica está nas relações, entre os elementos do sistema familiar que costuma repetir *padrões* de funcionamento das relações "herdados" de suas famílias de origem, nas quais cada elemento desempenha papéis - pai, mãe, filho, esposa, marido, avô, avó, tio(a), prima(a) - e *funções* (materna, paterna, cuidador, etc.). Estes elementos organizam-se em *sub-sistemas*, possibilitando o surgimento de *fronteiras* (Minuchin e Fishman, 1984), mediante as quais se dão as relações entre os sistemas, ou as relações entre o sistema e seu ambiente, então considerado como contexto do sistema.

As noções teóricas sobre sistemas se associam a diversas práticas sistêmicas, em inúmeras escolas de terapia familiar, o

² Ao longo do texto, estarão em negrito as palavras que representam os conceitos considerados importantes para a Terapia Familiar Sistêmica.

que torna difícil entender a distinção entre visão/epistemologia/pensamento sistêmico, de um lado, e teoria³(s) sistêmica(s) de outro. Nem sempre há clareza na literatura disponível.

Para Vasconcellos (2002), o pensamento sistêmico não é mais uma abordagem em psicoterapia, mas o novo paradigma da ciência. A partir da ciência tradicional, não se trata de assumir uma abordagem, pensamento ou técnica sistêmica, mas sim de uma mudança de paradigma⁴.

2. DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Quando um homem e uma mulher decidem se casar, ou viver juntos de forma não legalizada, assumem uma série de compromissos entre si e com as respectivas famílias de origem. Com o nascimento do primeiro filho, é inaugurada a família nuclear, evento que inaugura o ciclo de vida daquela família que a acompanhará em todo seu desenvolvimento. Este ciclo deve ser pesquisado e avaliado em três e até quatro gerações, incluindo avós e bisavós, por ser o campo emocional operativo no qual a família se movimenta, podendo sofrer intervenções, caso necessite.

De acordo com Carter e Mc Goldrick (2001), é de crucial importância avaliar os estágios predizíveis de desenvolvimento "normal" e as dificuldades que as famílias podem enfrentar nesses momentos de transição, bem como os padrões de funcionamento deste ciclo. Portanto, o desenvolvimento do indivíduo acontece na família e com a família, de acordo com cada etapa: infância, adolescência, idade adulta, velhice e morte, todas consideradas como eventos naturais. Como eventos acidentais, consideram-se divórcio, acidente, morte

³ Teoria é o conjunto de regras e padrões de práticas, proporcionando modelos de problemas e soluções (Vasconcellos, 2002, p.37).

⁴ O termo paradigma tem sido "usado para se referir à forma como percebemos e atuamos no mundo, ou seja, às nossas regras de ver o mundo", entendido como conjunto de crenças e valores subjacentes à prática. (Vasconcellos, 2002, p.29)

prematura, falência, perda de emprego, doenças. Estas etapas determinarão a necessidade de que todos ultrapassem e alcancem um outro nível de estruturação.

Assim, é fundamental entender o indivíduo em seu contexto familiar, de acordo com a etapa do ciclo de vida que a família estiver atravessando, para que possa elaborar intervenções necessárias, diante de uma disfunção familiar, sem se esquecer de vislumbrar o indivíduo na família e esta, por sua vez, na influência de sua *história geracional* (perspectiva vertical), sem esquecer tampouco a *história atual* (perspectiva horizontal).

O estresse familiar é aumentado nos períodos de transição entre as etapas de seu ciclo e os sintomas, e a *disfunção* tende a aparecer quando há uma interrupção, ou deslocamento no ciclo de vida em desdobramento. Sob este ângulo do paradigma sistêmico, podemos afirmar que o indivíduo sintomático é o "bode expiatório", o "porta voz" das angústias, dos conflitos e segredos familiares. Portanto, o sintoma é considerado um fenômeno trigeracional.

Existem várias formas de avaliar o surgimento de um sintoma em um indivíduo do sistema familiar, mas há um consenso que considera toda a família como responsável pela manutenção do mesmo. Para Haley (1991), o sintoma em um dos membros da família é um sinal de que a família encontra dificuldades para superar uma das etapas do ciclo vital, normal ou acidental, que regem seu desenvolvimento. Para Groisman (1996), antes de nascer, a criança é depositária de uma série de expectativas, tanto do sub-sistema casal, como das famílias de origens dos respectivos pais. Assim, a semente de uma futura sintomatologia já existe em torno daquele que receberá uma determinada missão. De acordo com Watzlawick (1996), o desenvolvimento de uma patologia em um indivíduo do sistema pode se desenvolver a partir dos padrões de comunicação daquela família.

Segundo Carter e McGoldrick (2001), a família, por ser considerada um sistema complexo que se move ao longo do

tempo e diferente de todas as outras organizações, incorpora novos membros apenas pelo nascimento, adoção ou casamento. Porém, só há o desligamento destes membros por sua morte, se é que então. Ou seja, uma vez que o principal valor deste sistema são os relacionamentos, que são insubstituíveis, se o pai vai embora ou morre, uma outra pessoa pode entrar neste sistema, para preencher a função paterna, porém, o progenitor jamais será substituído em seus aspectos emocionais. Uma outra característica específica é que, a não ser pelo casamento, não se entra em um relacionamento familiar por escolha, embora os membros da família rompam as relações em virtude de conflitos, ou por não afinidade, agindo como se os vínculos fossem opcionais. Pode-se ser ex-marido e ex-mulher, mas não existe a categoria de ex-pai/mãe, ex-filho (a), ex-primo (a), etc.

Torna-se fundamental, aqui, abordar a importância do impacto da morte.

Cabe ressaltar que a morte é uma normalidade dentro do ciclo de vida. Afinal, é a única certeza que temos desde que nascemos. Porém, não é possível prever quando ela acontecerá, pois pode se dar de forma precoce e/ou abrupta. É preciso encarar e aceitar as implicações desta morte em seu passado e futuro, a tristeza da perda, a importância de conservar as lembranças e de formar novos laços, o que, infelizmente, ainda não acontece com grande frequência. No Ocidente, a morte é um tabu e pode gerar sintomas, paralisações no desenvolvimento da família.

3. CRIANÇA, MORTE E LUTO NA FAMÍLIA

Por que, então, falar de terapia familiar no processo de luto da criança? Porque a família tem recursos próprios saudáveis que precisam ser despertados, que podem (e devem) ser utilizados nas situações difíceis enfrentadas pela criança. Falaremos mais especificamente sobre como a morte impacta a criança em seu sistema, embora entendamos que o processo de luto se dê, também, em outras perdas consideradas "menores", que podem trazer impactos devastadores, tais como mudança

de cidade, separação dos pais, recasamento, entre outras.

Ariès (2003) historiando a morte no Ocidente, faz uma interessante ponte entre as transformações vividas na família e as mudanças sociais em relação à morte. A partir do séc XII, o luto se ritualizou. Daí até o séc XVIII, possuía uma dupla finalidade: permitia que a família manifestasse a dor que nem sempre experimentava e defendia o sobrevivente contra os excessos de dor, limitada pela situação social.

A partir de novas relações fundadas na afeição e no sentimento no século XVIII, houve uma mudança entre o moribundo e a família. Neste período, as crianças foram "expulsas" do ambiente da morte, e impedidas de assistir e/ou participar dos rituais, engendrando um afastamento e uma manutenção de segredos em relação ao assunto. Entre 1930 a 1950, já não se morria em casa, mas no hospital. A morte passou a ser encarada como um fenômeno técnico, pela parada dos cuidados, tendo sido dividida em várias etapas. Houve, então, o desencadeamento de um excesso de emoções, que deviam ser evitadas no hospital ou na sociedade. Houve mudança nos rituais, reduzindo-se ao máximo as operações para fazer o corpo desaparecer mediante prática de cerimônias discretas e da condenação das manifestações aparentes do luto. A manifestação da dor da perda de um ente querido tornou-se sinal de perturbação psíquica ou de má-educação. A morte tornou-se um tabu e o principal interdito social.

"Dentro do círculo familiar ainda se hesita em desabafar, com medo de impressionar as crianças. Só se tem o direito de chorar quando ninguém vê nem escuta: o luto solitário e envergonhado é o único recurso [...] O luto não é mais um tempo necessário e cujo respeito a sociedade impõe; tomou-se um estado mórbido que deve ser tratado, abreviado e apagado". (Ariès, 2003, p.87 e p.95).

É possível afirmar, então, que o recalque da dor, a proibição de sua manifestação pública e a obrigação de sofrer só e às escondidas agravam o traumatismo devido à perda e faz-se necessário avaliar as implicações disto no âmbito familiar.

Especial atenção se fez presente no que diz respeito ao luto da criança, no contexto familiar. Segundo Aberastury (1984), a criança tem uma enorme capacidade de observação e capta o que acontece a seu redor, mesmo sem expressar sua observação. Ainda que os fatos sejam ocultados, existe a percepção dos conflitos psíquicos, das enfermidades orgânicas, da gravidez, ou do aborto da mãe, das condições do nascimento, da adoção, da inseminação artificial. Assim, a incompreensão do adulto, o excesso de ansiedade depositado por ele na criança, a falta de resposta às perguntas elaboradas, ou respostas mentirosas, provocam dor e são causadores de problemas às crianças, podendo gerar, inclusive, sintomas de todas as ordens (como, por exemplo, distúrbios de comportamento, ou de conduta, dificuldades escolares, entre outros).

O adulto mente, pensando defender a criança de algum sofrimento, como se fosse possível anular a dor pela negação. Isto gera inclusive uma falta de confiança por parte da criança em relação àquele adulto, dificultando o vínculo com o mundo adulto, podendo trazer transtornos para seu desenvolvimento. Quando a família, ou um familiar começa a ocultar um fato, ou recorre à mentira, enreda-se em um emaranhado de ocultações que perturbam as capacidades cognitivas de todos os integrantes, e também dificultam a primeira tarefa do luto, a aceitação. Se o primeiro passo, a aceitação do fato, é negado, há a possibilidade de surgimento de transtornos psíquicos graves. As necessidades de enlutamento da criança e do adolescente nem sempre são reconhecidas pela família e, às vezes, são confundidas por distúrbios de conduta.

CASO CLÍNICO 1⁵:

Ronaldo, vinte e três anos, encaminhado pelo psiquiatra, esteve em tratamento psicoterápico e estava usando medicação há seis anos. Apresentava comportamento extremamente

⁵ Todos os nomes são fictícios para proteger a identidade das pessoas citadas nos casos clínicos.

agressivo em casa: "destruiu seu quarto, não se relaciona adequadamente com a família, usa maconha e está perdido profissionalmente" (relato de sua tia materna que o trouxe à terapia). Formado há dois anos, não conseguia trabalhar, passando a maior parte do tempo em casa.

Nas entrevistas preliminares das quais participaram a tia e R., foram obtidas as seguintes informações: único filho de uma gravidez tumultuada e não aceita pela família materna; seus pais tinham um relacionamento extremamente conturbado e se separaram quando ele tinha um ano. O pai relacionou-se com outras mulheres, possui outros filhos, e Ronaldo tem pouco contato com eles. A mãe casou-se novamente, e o filho morava com ela até quando sofreu um acidente automobilístico fatal. Ronaldo, então com doze anos, presenciou o acidente, vendo cenas traumáticas, sem saber que a vítima era sua própria mãe, com o corpo despedaçado e desfigurado.

Assim que a família materna soube do acidente, levou-o para perto de si imediatamente, alojando-o na casa onde mora até hoje, com dois tios e os avós. Ele não participou dos rituais funerários. A morte da mãe tornou-se assunto tabu. Não há fotos na casa e ninguém menciona o nome dela. Ronaldo negava que seus problemas estivessem relacionados com a morte da mãe, e considerava esta perda como totalmente superada.

Teve um relacionamento afetivo breve com uma moça, quando ainda estava na Faculdade, e tornou-se dependente dos pais dela. Ronaldo dizia que quem tinha problemas era sua família; porém, não aceitava que a família participasse do processo terapêutico dizendo: *Prá que eles vêm aqui? Para aumentar o sofrimento deles?* (sic).

Nas sessões individuais, falava sobre sua solidão, sem amigos, deprimido e tentava relacionar seus sintomas à repressão sofrida na casa de seus avós maternos, onde sentia uma forte cobrança a partir de grandes expectativas relativas a seu desempenho escolar. Dizia, com frequência, que se sentia inferior aos outros e infantil, além de achar que sua cabeça estava crescendo.

Nas sessões com a tia, o clima era mais favorável, especialmente quando ela corroborava a hipótese do silêncio e da dificuldade emocional familiar em torno da morte de sua irmã. Ela foi uma peça fundamental neste processo, pois forneceu muitos dados a respeito da mãe e da família. Como uma ponte, ela pôde falar do sentimento represado de todos e implantar mudanças nas relações com Ronaldo, especialmente no que dizia respeito a uma proteção exagerada.

Um momento marcante de todo processo foi quando ela revelou que, quando ele era recém-nascido, a mãe, passando por dificuldades emocionais em função da não aceitação do casamento e da inconstância da presença do marido (envolvido com outras mulheres), achava que a cabeça dele estava crescendo anormalmente. Ronaldo se assustou com a revelação e se emocionou muito. A partir deste momento, ele passou a aceitar melhor as conexões de seus sintomas com o luto pela morte da mãe.

Na sessão seguinte, a tia contou que ele voltou a fumar maconha e que teve um acesso de raiva, quebrando todo o quarto dele, cama, ventilador, etc., o que deixou "todo mundo muito mal" (sic). Foi especialmente difícil suportar o clima de revolta e tristeza transmitidos por Ronaldo, dizendo que não queria ter feito isto. Disse-lhe que era natural ele se sentir daquela forma, mas que ele precisava assumir o controle de sua vida, pois, se continuasse naquele caminho, corria sério risco de vida. Ele pôde expressar que, muitas vezes, teve o desejo de se juntar à mãe, morrendo. Pedi que ele se responsabilizasse pelos danos causados, providenciando conserto e/ou pagando com seu próprio dinheiro. Além disso, pedi que a tia providenciasse uma bandeja cheia de copos velhos, que ficaria no quarto dele, para que ele quebrasse, quando sentisse raiva novamente.

Assim, recebendo a permissão para sentir raiva, Ronaldo abandonou este comportamento. Conseguiu um emprego de meio período, passou a administrar o próprio dinheiro, começou a se preparar para completar sua formação profissional como bacharel, retomou o relacionamento com o pai e com uma irmã. Ainda permaneciam as dificuldades de

relacionamento com os avós e com o tio que morava com ele, quando o atendimento foi interrompido.

Dora Black, citada por Bromberg (2000, p.88) preocupa-se especialmente com a criança, uma vez que a considera vulnerável a desenvolver patologias em consequência do luto. No campo da saúde mental, não só na literatura, como na prática clínica, é freqüente depararmos com relatos de patologias decorrentes de lutos não elaborados, havendo uma tendência a psiquiatrização dos sintomas, com recorrentes excessos de medicalização. No caso citado, R. foi diagnosticado como portador de transtorno obsessivo compulsivo e fazia uso de medicação.

Existem algumas pesquisas que indicam a correlação entre dificuldades nas passagens do ciclo de vida e perda de algum membro da família, e o surgimento de sintomas, possibilitando um efeito continuado sobre o desdobramento familiar, durante um longo período de tempo. Porém, a atuação do terapeuta familiar ainda é limitada ao pedido de ajuda, geralmente por um tempo determinado, e as pesquisas longitudinais ainda são escassas, dificultando a percepção dos padrões conforme as gerações.

A perda de uma pessoa significativa implica a necessidade de adaptação de viver sem ela. Em termos de família, gera uma crise (para os sobreviventes) e ainda uma interrupção (para o indivíduo, quando a morte é precoce) no ciclo vital. Desta forma, o luto pode ser considerado um fenômeno relacional, uma vez que gera desequilíbrio do sistema familiar e requer necessidade de ajustamento, que pode acontecer mediante recursos existentes na própria família.

Bowen (1998) descreveu a *onda de choque emocional* que pode reverberar em toda a família, mesmo muito tempo após a perda, não fazendo parte das reações naturais ao luto, operando em uma rede de dependência oculta, entre seus membros. A família tenta camuflar qualquer conexão entre os eventos vitais e a dependência emocional, de acordo com o nível de integração emocional no momento da perda e da importância funcional do membro perdido. No caso de R., esta dificuldade de conexão está aparente, não só nele, mas em toda a família. A tia de R.

não se casou, tendo recebido a missão de cuidar, não só dele, como de seus próprios pais (função ora assumida pela mãe de R.). O outro tio materno, que residia na mesma casa, parecia ter a mesma função, e acabou intensificando o alcoolismo logo após a perda de sua irmã.

Para a criança, talvez a perda de um dos pais seja a mais impactante, trazendo uma necessidade de grande reformulação do sistema familiar no qual está inserida, trazendo desafios adaptativos. Adaptação não significa aceitação completa e definitiva da perda. Ao contrário, implica a possibilidade de descobrir formas de se colocar a perda em perspectiva e seguir em frente com a vida. Walsh e Mc Goldrick (1998) enfatizam que a capacidade de aceitar a perda está no âmago de todas as habilidades dos sistemas familiares considerados saudáveis, em contraste com famílias disfuncionais.

A perda leva à percepção da própria finitude, aumentando as vulnerabilidades pessoais (não só para a criança, como para toda a família). Muitos questionamentos são feitos inclusive quanto à necessidade/vontade de continuar a viver. É freqüente o surgimento de sentimentos intensos de tristeza, decepção, sensação de abandono gerados em toda a família. A situação torna-se ainda mais delicada, quando há dupla perda (falecimento de ambos os pais).

Vemos duas saídas encontradas pelas famílias: ou não se dá importância ao luto da criança, minimizando e "normalizando" a situação ("muitos sobrevivem sem pai⁶"), uma vez que os adultos podem ter dificuldade em lidar com o choro da criança; ou se mantém a criança na família como coitada, no papel de eterna enlutada ("esta criança sempre vai dar problemas⁷"), portavoza da tristeza da família, quando não se é permitido sentir as emoções, e detentora dos segredos da família.

É comum assistirmos ao surgimento, ou intensificação dos *conflitos de lealdade* manifestos em relação às famílias de

⁶ Expressão ouvida no cotidiano.

⁷ Idem.

origem, ou ainda em relação ao cônjuge sobrevivente e os filhos, marcados pela expectativa do grupo em relação a seus membros, incluindo a preservação da linhagem familiar. Este fato é extremamente perturbador em relação às crianças e adolescentes após a perda de um dos genitores. R. sentia-se "impedido" de ter qualquer contato com seu pai biológico e sua família (incluindo seus irmãos), uma vez que o casamento entre os dois nunca havia sido aprovado pela família de sua mãe. Em contrapartida, era permitido que encontrasse o padrasto. Esta situação era muito difícil para R., pois tinha um desejo grande de conhecer melhor este pai, que só conhecia por meio do relato de sua família, sendo descrito como mulherengo, instável, enfim, "má companhia". As poucas visitas que R. lhe fizera após a morte da mãe, foram acompanhadas de uma grande sensação de culpa, trazendo uma "crise" posterior de agressividade e abuso de drogas.

De acordo com Bromberg (2000), a morte do cônjuge é o mais elevado fator de estresse e de necessidade de ajustamento social, seguida de divórcio, separação conjugal e morte de membro da família. Especialmente em mortes violentas e repentinas, a perda do parceiro é a que traz maiores problemas para o parceiro sobrevivente e maiores necessidades de adaptação/ ajustamento familiar, incluindo a administração doméstica e financeira, incidência de doenças por queda do sistema imunológico, quebra de hierarquia, alteração das funções, entre outros fatores. O primeiro ano é sempre muito difícil, o que pode acarretar para a criança, distúrbios de longa duração, mesmo que não correlacionados diretamente ao luto. O "mito da imortalidade" leva alguém da família a ocupar o lugar vazio e, por ser herdeira biológica, herdeira dos legados e dos mitos da família, é comum a criança assumir o lugar do morto, manifestando uma função onipotente, com quebra de hierarquia. Uma vez que o adulto daquela família nem sempre pode dar apoio, por também estar enlutado, e nem sempre se encontra em bom estado de saúde física e mental, a adaptação também está relacionada à existência, ou não de uma rede de apoio (amigos, familiares, escola, profissionais de saúde), que muitas vezes pode "atropelar" a família mais do que apoiá-la. Isto é muito

claro, quando há conflitos anteriores, por exemplo, entre as famílias de origem e da família nuclear em questão. É possível que estes conflitos se intensifiquem, possibilitando a paralisação do ciclo de vida, ou ainda, a cristalização do sintoma.

CASO CLÍNICO 2:

Dois irmãos, um menino com nove e uma menina com sete anos de idade, que haviam sofrido acidente automobilístico no qual haviam perdido a mãe, no carro dirigido pelo pai, estavam ainda internados no hospital, em consequência de fraturas múltiplas e necessidade de intervenção cirúrgica. A família materna estava tão transtornada com a perda e com os cuidados que as crianças necessitavam, que não conseguia dar a notícia para as crianças, quando buscaram auxílio profissional.

A família foi orientada a não omitir ou mentir a respeito do que aconteceu e da morte da mãe, mas preferiu dar a notícia no momento em que ambas as crianças estivessem de alta hospitalar. O receio é de que a tristeza atrapalhasse o processo de recuperação deles. Durante a internação, nenhum dos dois perguntou sobre a mãe. Ainda no hospital, com a presença do médico, da equipe de enfermagem, a tia materna junto com o pai (que estava em estado de choque) começou a falar sobre a mãe e o mais velho gritou: *A mamãe morreu?* (sic). A comoção tomou conta de todos os presentes e o choro foi geral. A menina chorou um pouco, mas parecia não compreender o que significava. Estava tão impactada com a cena que pouco pude fazer. Apenas fiquei ali. Como as crianças não puderam participar dos rituais de sepultamento por estarem internadas, posteriormente foram realizadas três sessões de acompanhamento domiciliar às crianças com o objetivo de possibilitar o encorajamento a sentir e falar a respeito das emoções referentes à perda, uma vez que poderiam se transformar em sintoma. Foram feitos contatos com a escola, para que pudessem dar prosseguimento aos estudos em casa, uma vez que ainda estavam engessados. Neste ínterim, os dois já haviam mudado de cidade, para que pudessem ser cuidados

por seus avós e tios maternos, o que fez com que não retornassem à casa onde residiam.

Na época, eu ainda não contava com o conhecimento da terapia familiar e não houve uma intervenção sistêmica. Soube, posteriormente, por meio do profissional para quem foram encaminhados na nova cidade, que a família se envolveu em um longo processo judicial pela guarda das crianças.

Muitas vezes, por existirem sentimentos ambivalentes em relação ao morto, podem existir dificuldades em estabelecer novos relacionamentos. O que também pode acontecer pela quebra do vínculo, da confiança e da sensação de abandono que a criança experimenta, gerando o medo de se apegar novamente. Quando se torna um adulto, pode apresentar dificuldades em se apegar a um parceiro com medo de sofrer nova perda, ou ainda, estabelecer uma relação amorosa insatisfatória, da qual não consegue se desvincular.

CASO CLÍNICO 3:

Marília, trinta e cinco anos, procurou ajuda terapêutica em função de seu relacionamento conjugal conflituoso, do qual não consegue se separar. Casados há dez anos, ele não assumia comportamento condizente com o esperado por ela, além de estar envolvido em inúmeras traições.

Investigando sua história familiar, relatou que sua mãe faleceu de câncer quando ela tinha onze anos. Seu pai apresentava distúrbio psiquiátrico e apenas assumiu a responsabilidade da manutenção financeira da família, logo se envolvendo em outros relacionamentos. Filha mais nova de três meninas foi cuidada por sua irmã mais velha. Em b o r a envolvida por dor, tristeza e uma grande sensação de abandono, seu desenvolvimento parecia seguir o curso natural, até que, aos vinte e um anos, perdeu o namorado (com quem pretendia se casar naquele ano) em função de um acidente automobilístico. A partir deste momento, sua vida "perdeu a graça" e, menos de dois anos depois, acabou aceitando o assédio do seu atual marido, por quem nunca fora apaixonada.

De sua mãe, tem poucas fotos e muitas lembranças. Do noivo, não guardou foto alguma e rompeu todo e qualquer contato com a família dele. No trabalho com as poucas fotos de sua família de origem, Marília emocionou-se muito, lembrando-se de boas cenas de sua infância. Ficou claro que a sensação de abandono que tomou conta dela após a morte da mãe parece ser o nó central de sua vida.

No decorrer da terapia, a sessão em que foi pedido que ela trouxesse a única lembrança concreta de seu noivo - um casaco - foi muito impactante. O carinho e a saudade com os quais ela tratava o casaco, contrastavam com a dor de todos os sonhos interrompidos com o acidente. Utilizando o psicodrama bipessoal (Cukier, 1992), ela pôde se despedir dele e receber a permissão para que continuasse a vida, construindo outros sonhos. Esta abordagem também foi utilizada em sessões, nas quais foi trabalhado o vínculo com sua mãe.

Nesta situação, ficou marcante a importância do subsistema fraterno, quando a relação de Marília com suas irmãs, diante de todas as mudanças ocorridas, funcionou como fator de proteção e apoio mútuos. Por serem as únicas que compartilhavam do mesmo ângulo de visão e sentimento da situação, Marília e suas irmãs tornaram-se parceiras, incluindo um aumento de intimidade que vigora até os dias atuais. Uma grande dificuldade, vivida por ela, foi a reestruturação deste sistema uniparental, no qual o pai exercia pouca influência e não era confiável. Antes de morrer, sua mãe impedia o contato dele com suas filhas, com medo de que ele as molestasse sexualmente. Assim, não havia confiança suficiente para se estabelecer esta família com uma hierarquia coerente, e as filhas assumiram o controle das regras e do novo estilo de vida, enfraquecendo a figura paterna. Talvez este seja também um fator importante na dificuldade de Marília em seu casamento, uma vez que aprendeu a não confiar e acreditar na capacidade da figura paterna/masculina.

A situação tende a se agravar para a criança, quando um dos pais morre por suicídio. Em geral, o segredo é total, gerando um sentimento de vergonha, incompreensão sobre as causas

que culminaram no suicídio, culpabilização por não ter podido evitar a tragédia e por não ter percebido os sinais. A identificação com o morto se faz presente incluindo, especialmente, os comportamentos desajustados.

CASO CLÍNICO 4:

A mãe de Gabriela procurou-me após o suicídio do marido para atendimento da adolescente que estava com dezesseis anos. O maior estranhamento da mãe era o fato de Gabriela não ter parecido se importar com a morte do pai, tendo chorado pouco e freqüentado festas logo a seguir. Na época, demonstrava apego extremo à mãe, sem deixá-la viajar, freqüentes pesadelos com o tema morte, e grande irritabilidade. Na terapia individual⁸, aconteceram avanços e houve redução dos sintomas. Porém, pouco se falou da morte do pai, fato que fora atribuído à resistência à análise. Gabriela superou as etapas escolares e estabeleceu um relacionamento afetivo com um namorado mais velho do que ela, reconhecidamente como "substituto do pai". Porém, a morte do pai continuava assunto tabu, incluindo o medo de sofrer com o estigma social. Com a inovação do conhecimento sistêmico e dos processos de luto, algumas intervenções foram propostas ao longo do processo terapêutico, incluindo sessões familiares. O *genograma trigeracional* apontou uma história de inúmeras mortes trágicas: por parte da família materna, acidentes automobilísticos; por parte da família paterna, outros casos de suicídio. A mãe e a irmã um ano mais velha, ambas em terapia individual, também não expressavam a dor, a saudade, a culpa, os conflitos. Aos poucos, as três encontraram espaço para chorar seu morto, falar sobre a depressão, investigar outras histórias familiares. Ficou claro que, na família, Gabriela assumira o lugar do pai, inclusive sentando-se à mesa no local dele, durante as refeições, com inúmeros comportamentos desajustados, como os dele (agressividade, instabilidade, irritabilidade, ansiedade). Foi

⁸ Na época do início das sessões de G., a linha teórica que norteava o atendimento individual era a Psicanálise

proposto a Gabriela que se aproximasse da família do pai, para ouvir histórias sobre ele. Assim, ela pôde ouvir a respeito das dificuldades enfrentadas por ele, em relação à sua própria família, reconhecendo seus problemas como anteriores ao casamento (incluindo o fato de que ele já fazia tratamento medicamentoso antes deste período); surpreendeu-se com os valores positivos e o lado equilibrado e competente profissional do pai, o que abriu para ela outras possibilidades de identificação. Com esta nova perspectiva, Gabriela decidiu dar prosseguimento aos estudos de Mestrado, passando a morar sozinha, assumindo outras responsabilidades profissionais.

Ao longo das sessões familiares, ficou evidente que o sentimento de culpa da mãe de Gabriela, por não ter "acreditado" na doença do marido e na falta de consciência de suas conseqüências, impediu-a de tomar providências de tratamento necessárias; fez com que ela se responsabilizasse integralmente pelo sofrimento das filhas, tornando-a complacente e com dificuldades em dar limites e com grandes compensações financeiras; tal atitude ajudava a manter as filhas frágeis e inseguras (por trás de uma máscara de sucesso e competência), uma vez que não havia contenção e limites. Existia uma clara inversão de hierarquia.

Como expusemos, a história presente se entrecruza com a história geracional. A mãe de Gabriela perdeu ambos os pais em um acidente automobilístico, logo após seu casamento, durante o estabelecimento de sua própria família nuclear. Filha mais velha de cinco irmãos, sentiu-se responsável pelo futuro dos mesmos. A perda de seu pai, controlador dos negócios e da família, provocou uma sensação de vazio e insegurança em todos os irmãos, sentimentos não compartilhados entre eles. Desde então, a proibição de falar de morte já estava estabelecida. Este é um bom exemplo da importância de se pesquisar a história de outras perdas na família e de como foram vivenciadas.

Nem sempre a criança participa dos rituais, sendo negado a ela qualquer possibilidade de expressão de sua tristeza, quando a família se envolve num emaranhado de mentiras e

segredos. Concomitantemente, é comum que a criança não volte para a casa onde morava, para ficar aos cuidados de outros adultos, ou mesmo como forma de não permissão da lembrança do vazio. À criança, costuma ser negado o poder de decisão do que fazer com os pertences do ente querido que se foi, não restando qualquer lembrança. E estes acontecimentos costumam deixar conseqüências nas gerações seguintes.

CASO CLÍNICO 5:

Joaquim, quarenta e cinco anos, apresentava dificuldades de relacionamento com sua filha Tereza, então com dezoito anos, que tinham se agravado há seis meses, desde o aniversário dela, com o rompimento da comunicação entre eles. Relatou a existência de um relacionamento conflituoso com a mãe de Tereza, desde o nascimento desta, culminando na separação do casal, há dois anos.

Pai e filha iniciaram a terapia com o objetivo de melhorar este relacionamento. Mais velho de cinco irmãos, aos doze anos, perdeu o pai em um acidente automobilístico. Apenas soube do acontecido após o encerramento dos rituais funerários. Mudaram-se imediatamente de casa e a mãe passou a trabalhar fora. Como filho mais velho, assumiu responsabilidades referentes aos irmãos mais novos e construiu uma crença na qual se sentia obrigado a se doar para os outros.

A morte do pai nunca foi comentada entre a família, e ele nem sabe o que foi feito com as coisas do pai. Ao tornar-se pai, Joaquim encontrou dificuldades em assumir esta função, pela interrupção drástica de seu relacionamento com ele e por não conhecer bem como era a relação com seu próprio pai (que só passava os fins de semana em casa, em função do trabalho e era autoritário, sem qualquer demonstração de carinho). Segundo ele, este relacionamento era sempre intermediado por sua mãe. Espontaneamente, chegou à conclusão de que precisava realizar a despedida de seu pai, pois acreditava que isto o atrapalhava em todos os aspectos de sua vida.

Recebeu como tarefa uma visita ao cemitério, junto com Tereza, no qual o pai estava enterrado. Esta viu a necessidade de arrumar o túmulo do avô e junto a seu pai providenciou uma nova lápide, sugerindo a epígrafe. Outra tarefa realizada pelos dois, bastante significativa, foi a construção do brasão das respectivas famílias e o reconhecimento dos elementos em comum. Aos poucos, ambos começaram a identificar a contribuição de cada um no processo de rompimento e principiaram a descobrir a necessidade de construir um relacionamento satisfatório para ambos.

Após a separação, Joaquim ficou "acampado" em um apartamento, sem estrutura, para receber a filha. Recentemente, mudou-se para um apartamento maior, ao dar prosseguimento a um novo relacionamento amoroso, com a aprovação de Tereza, que passou a ter um quarto só para si. Após a re-conexão pai e filha a terapia passou a integrar outros elementos do sistema amplo, estando previsto o atendimento da família de origem de Joaquim. Um fato marcante do início da terapia é que Joaquim tinha dificuldades em se expressar, em relação ao passado, usando todos os verbos no presente.

Outro aspecto importante a ser ponderado a respeito do luto na família é o falecimento de uma criança, que pode provocar uma grande desestruturação familiar, com um profundo impacto trigeracional. Segundo Bromberg (2000), é considerado o tipo de luto com maior risco para que a pessoa desenvolva complicações ao longo do processo. Não existe dor maior do que a perda de um filho que, de acordo com Groisman, Lobo e Cavour (1996), pode representar a morte da família como falência das expectativas individuais, familiares e sociais. Como conseqüências, sonhos interrompidos, depressão dos pais e desinteresse pela vida, podem trazer para a criança: atenção excessivamente voltada para o filho sobrevivente, desapego ao filho sobrevivente, exigência de bons resultados do filho sobrevivente, negação da morte, entre outros.

A perda de um filho, antes mesmo do nascimento daquela criança, também traz uma intensa carga de expectativas frustradas e pode haver uma tentativa de substituição do filho

morto. Embora o aborto e o filho natimorto sejam desconsiderados como situações de luto no senso comum, os estudos sobre luto indicam a importância deste processo para uma família, pois, atualmente, já existe o reconhecimento social da criança mesmo antes dela nascer.

CASO CLÍNICO 6:

Jéssica, seis anos, recebera o diagnóstico de leucemia há três anos. Sua mãe, Silvia, procurou ajuda psicoterápica primeiro para Jéssica; porém, em função de uma internação, não puderam comparecer à entrevista. Um mês após o falecimento de Jéssica, Silvia retornou ao atendimento, em profundo estado de tristeza. Estava perdida em relação ao que fazer, em como reestruturar sua família. Seu marido era alcoólatra, e era ela quem sustentava a família. Dizia claramente que precisava se separar dele, e que adiou a decisão para poder cuidar da filha, mas que não encontrava forças para tal.

Esta foi uma situação clínica de intenso impacto para mim, uma vez que me sentia absolutamente impotente diante da dor daquela mãe. Qualquer que fosse a direção clínica a ser tomada, nada poderia diminuir a dor desta perda e percebi que ela precisava viver isto. Esta forte emoção fazia parte do que aconteceu em sua vida. Uma vez que Silvia se recusou a trazer o marido à terapia, a única possibilidade encontrada foi atendê-la com o filho, que estava apresentando dificuldades em relação à morte da irmã. Queria dormir na cama dela todas as noites, não queria desfazer-se das coisas dela e estava com dificuldades de freqüentar às aulas. Pude esclarecê-los quanto à normalidade destes atos e emoções e que a dor deles deveria ser respeitada, para que aos poucos pudessem se reestruturar.

Este caso, considerado por mim um fracasso, foi um marco na decisão de retomar o estudo sobre os processos de luto e de técnicas específicas para trabalhar com famílias, nestas situações.

A preocupação com este irmão gerou inúmeras reflexões. Como ele entendia o processo do adoecimento e da morte de

Jéssica? Quais seriam as conseqüências em sua vida futura? Como ele sobreviveria aos impactos que esta morte teve em sua família? O fato é que pouco se tem escrito a respeito do impacto da morte de um irmão para a criança. É preciso pesquisar melhor estes efeitos à luz dos conhecimentos da terapia familiar.

Em minha experiência clínica, visualizo a existência de intensa ansiedade no sistema familiar, em princípio pela necessidade de proteção ao "filho sobrevivente", com o receio de que algo de ruim lhe aconteça. A "obrigação" sentida por este propicia um aumento de preocupação de atender a todos os desejos dos pais, inclusive com o intuito de minimizar a perda. É possível que seja uma situação facilitadora do aparecimento de um sintoma, mas é preciso sistematizar estas experiências.

Outra dificuldade enfrentada por uma família, que tem impacto direto na criança, é a morte de um dos avós por ocasião de seu nascimento (não sendo incomum a perda de até dois avós). Por exemplo: a mãe que enfrenta o luto de perder a própria mãe durante a gravidez, tem dificuldades em investir emocionalmente naquela gravidez, pois está envolvida em um processo de tristeza intensa. Isto se torna ainda mais complicado, quando não houve o desligamento necessário do relacionamento mãe/filha, para que houvesse a constituição e diferenciação de sua própria família nuclear da segunda. A mãe tende a se sentir desamparada e com dificuldades de cuidar do próprio filho. Este processo é similar para qualquer um dos genitores.

CASO CLÍNICO 7:

Fernando, quarenta e cinco anos, procurou terapia um mês após a morte de sua esposa. Sentia-se perdido e desamparado, sem contar com uma rede de apoio adequada para cuidar de seus dois filhos com dois e seis anos. Muito abatido, relatava que precisava encontrar forças para cuidar das crianças e continuar a viver, pois havia sofrido muito com o adoecimento

da esposa. Com clareza, formulou o pedido de terapia em três pilares: o momento atual de reestruturação da vida e duas questões anteriores de dificuldades no trabalho (não conseguia se destacar e ser reconhecido em seu grupo de trabalho) e em sua vida pessoal (sentia-se preso a muitas exigências familiares das quais não conseguia se libertar).

Filho mais velho de quatro irmãos, com origem humilde, perdeu o pai aos dezessete anos, o que lhe trouxe uma série de implicações: passou a assumir a responsabilidade da casa e o cuidado com os irmãos (o que faz até hoje, mesmo morando em um bairro distante); começou a trabalhar o que o levou a freqüentar lugares diferentes do que o "bairro simples" (sic) onde cresceu. Teve um envolvimento afetivo significativo com uma colega de escola, mas relata uma série de situações, implicando preconceito com a família dela que o levou a se afastar desta moça.

Fechou-se em casa e parou de freqüentar festas, sentindo-se inferiorizado. Como sempre se esforçou para se destacar nos estudos, ingressou na Faculdade e conquistou um emprego público mediante concurso. "Tudo o que consegui na vida foi através de muito esforço" (sic). Conheceu Celeste no trabalho e casaram-se, contra a vontade da família dela. Sentia-se excluído, inclusive por ser mais "moreno numa família de italianos muito fechada" (sic). A esposa recusou-se a usar seu sobrenome, o que o magoou muito.

O pai dela adoeceu durante a primeira gravidez. No nascimento de Renato, primeiro filho, Celeste apresentou problemas clínicos, ficando internada. Fernando viu-se sozinho com aquele bebê, tendo que se revezar nos cuidados com ele e com a esposa. Em seguida, Celeste recebeu o diagnóstico de um tumor cerebral, e iniciou-se um processo muito doloroso de tratamento, incluindo cirurgia. Durante sua recuperação, seu pai faleceu, fazendo com que Fernando passasse todo o tempo livre com ela, em sua família de origem, pois reconhecia a dificuldade de perder o pai (afinal, ele já havia tido esta experiência) e ficava penalizado com a doença dela. Celeste voltou a trabalhar e três anos depois decidiu engravidar

novamente, contra a vontade de Fernando que receava uma recaída. Seis meses após o nascimento de Mariana, houve recidiva do tumor e Celeste faleceu menos de um ano depois.

O processo terapêutico de Fernando envolveu o aconselhamento e a orientação, incluindo dicas práticas do que fazer com os filhos. Aos poucos, reestruturou sua família, contratando uma boa empregada e uma "baby-sitter" para as folgas dela, manteve decisões relativas à escola das crianças que havia tomado com sua esposa, passou a fazer as compras da casa e roupas para as crianças, além de organizar as comemorações dos aniversários.

Após a fase inicial, mediante um trabalho com fotografias, a partir de sua infância e de momentos significativos de seu ciclo de vida, houve uma nova significação da vida conjugal, da construção da família com o nascimento dos filhos e da perda sofrida. Reconhecendo o bom caminho que tiveram até então como casal, Fernando pôde se libertar de outras amarras relativas à sua família de origem que o faziam se sentir preso ao casamento. Libertou-se de culpas (incluindo as relativas à morte da esposa).

Era nítida sua dificuldade em romper com as barreiras de sua própria família, que morava no mesmo bairro e que se casava com pessoas da vizinhança. Também tinha dificuldades em ultrapassar as fronteiras da família da esposa, que também eram muito rígidas, estando preso a um conflito de lealdades. Sentia-se obrigado a ir visitá-los com freqüência maior do que gostaria.

Em função da pouca idade das crianças, foi decidido que o trabalho se daria apenas com ele, para que houvesse esta reestruturação familiar. Ele funcionou como o terapeuta de sua própria família, conseguindo uma grande atuação em relação às crianças. Foram sugeridas tarefas de visitas ao cemitério, realização de missa no aniversário de morte da mãe, visitas das crianças às duas famílias de origem, atividades fora de casa apenas com ele e as crianças e, em uma última etapa, férias em outra cidade.

Durante este período, Renato verbalizava a falta da mãe e a revolta em relação a Deus, chegando a recusar-se a ir à Igreja.

Fernando o acolhia e conversava sobre o assunto, permitindo a elaboração do luto do filho. Mariana, que nunca havia expressado a falta da mãe, um dia em que estava com febre "pediu pela mãe" (sic). Fernando se desesperou e ficou com ela por um período maior do que o de costume. Daí em diante, ela passou a chamá-lo com frequência, até que Fernando percebeu que ela o estava "chantageando", uma vez que ele se desdobrava para atender a seus pedidos nestes momentos. Fernando foi instruído a construir, com os filhos, um álbum de recordações da mãe.

Após quase dois anos, permitiu-se iniciar um novo relacionamento afetivo (ele tinha uma série de conflitos, pois se sentia traindo a esposa, tendo se proposto a respeitar o período de luto de um ano) e foi promovido no trabalho. Após o encerramento da terapia, em entrevista de "follow-up", F. relatou um grande bem-estar com as crianças, saudáveis, bem adaptadas à escola.

Este é um bom exemplo de como a família funciona como um sistema, pois houve apenas o envolvimento de um de seus membros, mas com mudanças em todos níveis. Exemplifica, também, os aspectos relatados ao longo do capítulo e a importância de se cuidar do processo de luto desde o início, respeitando as defesas necessárias, mas possibilitando a expressão das emoções, mesmo que dolorosas e ambivalentes, para que este luto não se transforme em um luto adiado ou inibido, de muito mais difícil intervenção. Aceitar a realidade, o sofrimento familiar e lidar com os problemas provenientes da perda podem reduzir o aparecimento de sintomas psiquiátricos e psicossomáticos a longo prazo. Isto tem um impacto ainda maior em se tratando de famílias com crianças e adolescentes.

É preciso enfatizar que nem todas as famílias que sofrem uma perda apresentarão problemas de desenvolvimento ou sintomas. Com certeza, as dificuldades de adaptação são inerentes a todas elas, uma vez que haverá a desestruturação do equilíbrio familiar. Não se sabe ao certo quais os fatores culturais e míticos de uma família que a coloca na direção de uma mudança, ou de uma paralisação. Existem famílias que

possuem uma capacidade natural de transformar a adversidade em força e recursos de vida, sem que haja necessidade de qualquer intervenção profissional. Segundo Lobo (2003), de acordo com as idéias de Froma Walsh, é o sistema de crenças daquela família que capacitará cada membro a ter um significado frente às situações de crise. "Se as crenças são positivas e facilitadoras, elas aumentam as opções para a resolução de problemas, para a cura e o crescimento; se são negativas e restritivas, perpetuam os problemas e restringem as opções" (p.164).

O termo resiliência é um conceito desenvolvido por Walsh (1998) e advém da Física, indicando a capacidade que uma matéria tem de recuperar a forma anterior após um impacto. Assim, aplicada à família, indica a capacidade de uma família reagir às adversidades, sabendo, no entanto, que esta jamais voltará ao status anterior, encontrando, então, um novo equilíbrio. Como um móvel puxado por uma criança no berço, ou balançado pelo vento, os elementos jamais voltarão à mesma posição inicial, encontrando um novo equilíbrio. Como a família, está em constante movimento.

"O processo de recuperação envolve um realinhamento das relações e a redistribuição dos papéis necessários para prosseguir com a vida familiar. Promover a coesão e a flexibilidade no sistema familiar é crucial para sua reestabilização" (McGoldrick e Walsh, 1998, p. 37).

Esta talvez seja a grande diferença da proposta pela terapia familiar sistêmica: não se focaliza, na doença ou no sintoma, o ponto primordial da terapia, nem os coloca ou cristaliza em um só elemento do sistema; ao contrário, acredita-se que a família é co-responsável por suas dificuldades e possui elementos próprios capazes de retomar um equilíbrio funcional, esta força interna que move seus membros ao longo do tempo. Tais fatores conduzem o terapeuta a buscar diferentes formas de acionar esta força, propiciando a mudança, resgatando o que aquela família tem de positivo. O que torna fundamental a importância da família no processo de luto da criança. Afinal, a criança advém desta família e é com ela que

se relaciona. É a família que tem a grande capacidade de levar este luto a um curso funcional

4. ATUAÇÃO DE PROPOSTAS BRASILEIRAS DE TERAPIA FAMILIAR NO LUTO

Bromberg (2000), mediante pesquisa realizada na PUC-SP com famílias enlutadas, faz uma excelente revisão bibliográfica referente ao luto e seu impacto na família, dentro de uma perspectiva sistêmica. Propõe um modelo de terapia breve para famílias enlutadas, tendo foco no luto, uma vez que, em crise, não se é possível aprofundar os conflitos psíquicos inconscientes.

Com objetivo de atingir uma abordagem clara, direta, ativa e adaptativa, propõe a avaliação da família a respeito do luto - normal ou patológico (crônico, adiado ou inibido) - desencadeado por fatores específicos: tipo de morte, qualidade da relação anterior à morte (especialmente em relações dependentes ou ambivalentes), levando em consideração as condições específicas de cada família. Com esta avaliação, sugere o uso de rituais traduzidos do contexto sócio cultural para o terapêutico, tendo, como objetivos básicos, o reconhecimento da perda, a externalização dos sentimentos relativos à perda e reorganização do sistema familiar. Ressalta a necessidade de se fazer um trabalho preventivo neste campo, com uma atuação mais ativa e imediata do terapeuta, na tentativa de evitar a cristalização dos sintomas e/ou das disfunções da organização familiar.

Moisés Groisman (1996, 2003) desenvolveu o modelo Sistêmico-relacional, tendo como base o processo do desenvolvimento da família. Nele, salienta a importância de se observar o ciclo de vida do próprio terapeuta, uma vez que integra o sistema terapêutico, numa combinação de estruturas emocionais, com o encontro de várias famílias, quando entram em cena as equipes terapêuticas. Para ele, é fundamental pesquisar como surgiu aquela família, como foi o encontro daquele casal que, de duas histórias diferentes, produziu um

filho e inaugurou uma família, fazendo uso do genograma também como recurso terapêutico.

O Modelo Sistêmico-relacional sugere a troca de ângulo de visão - para produzir maior eficácia terapêutica em menor espaço de tempo - propondo uma série de intervenções técnicas, tendo como principais conceitos: matriz familiar, missão familiar, tempo terapêutico, foco sistêmico. Embora não tenha sido desenvolvido para o trabalho específico com o luto ocasionado por perdas significativas, este modelo mostra-se eficaz no que diz respeito ao descongelamento dos tempos do ciclo de vida (Motta e Cavour, 2003).

Um excelente exemplo de como este modelo pode auxiliar no processo de luto está no relato do atendimento da família Almeida (Groisman, Lobo e Cavour, 1996, p.42) cuja perda da figura materna no período da adolescência dos três filhos foi um fato desorganizador do sistema familiar, trazendo expressões sintomáticas nos filhos (especialmente em um deles), com a manutenção da família pelo "fantasma da mãe", funcionando como organizador do caos familiar. A partir do trabalho, utilizando redefinição do sintoma, prescrições, despedida do morto e outras intervenções, toda a família pôde se responsabilizar por sua própria manutenção, abrindo novas possibilidades para as relações familiares.

Solange Rosset (2001), na apresentação do caso clínico de Izabel Augusta, dá uma excelente demonstração de como utilizar a terapia sistêmica, aliada a seu criativo estilo pessoal, para o tratamento de sintomas graves desta jovem, usuária de drogas, paralisada em seu ciclo vital, incluindo uma ampla interferência no sistema familiar, permitindo profundas mudanças.

Descreve, didática e minuciosamente, todo o trabalho realizado, alinhavando teoria e técnica, abordando temas e conceitos fundamentais no trabalho com famílias. Ao longo do processo terapêutico, fica clara a dificuldade da família em lidar com o problema do uso de drogas em uma primeira instância e, aprofundando-o no sentido do sintoma, com questões de dependência/independência, bem como com a

morte do patriarca da família e todas as suas conseqüências, trabalhando o luto em três gerações, também por meio da utilização de rituais.

5. PERSPECTIVAS

Podemos concluir que são inúmeras as contribuições da terapia familiar sistêmica em situações de luto, tanto para a compreensão do processo e seus desdobramentos, quanto para a intervenção propriamente dita, em nível individual ou familiar, como vimos ao longo deste capítulo. Mediante aconselhamento, de orientação ou de terapia, é possível desenvolver um trabalho de prevenção, ou tratamento que pode evitar o surgimento de conseqüências, não só nos membros daquela família, como em seus descendentes, reduzindo os possíveis efeitos prejudiciais à saúde (psiquiátricos e psicossomáticos), ao rendimento escolar e profissional.

Vimos que os facilitadores e/ou dificultadores da adaptação de uma família à perda são os padrões de organização e comunicação e os sistemas de crenças familiares. Para avaliar a necessidade de intervenção, deve-se observar o nível de funcionamento e as relações familiares antes e depois da perda, incluindo a existência de uma rede de apoio adequada, verificando a coesão familiar, a diferenciação entre seus membros e a flexibilidade do sistema.

Hoje não é necessário possuir uma linha de atuação, ou pertencer a uma escola de terapia, mas aprender novas técnicas e utilizá-las de acordo com cada família, aguçar a escuta, dar vida às palavras - lembrando que elas têm um enorme peso na comunicação e usar o próprio sentimento para que o impacto da intervenção seja maior. O bom terapeuta é aquele que pode "dançar com a família"⁹, de acordo com o pedido de ajuda dela e dos recursos e possibilidades, tanto do terapeuta quanto da família. Para que isto aconteça, torna-se fundamental a mudança

⁹ (Whitaker, 1996).

de paradigma por parte do terapeuta. Quando o profissional consegue experienciar a mudança de paradigma, poderá repensar tanto as práticas em sua área de atuação, quanto suas próprias relações, facilitando a avaliação do problema apresentado, tornando suas intervenções mais eficazes.

Embora no Brasil ainda não seja comum o incentivo ao trabalho preventivo a respeito do luto, faz-se necessário divulgar as idéias e contribuições de todos os profissionais envolvidos com o tema, bem como incentivar novas pesquisas. Os exemplos de como a intervenção dos terapeutas familiares brasileiros podem contribuir no trabalho com o luto demonstram o potencial a ser ainda mais ampliado, de acordo com o crescente interesse pelo tema.

No campo da terapia familiar, seria importante estabelecer um foco de estudo e pesquisa nas crianças de famílias enlutadas e, quem sabe, até realizar um estudo longitudinal, indagando mais a fundo a correlação das disfunções familiares e da existência de uma sintomatologia com processos de luto subjacentes àquela família.

Afinal, se é possível falar em disfunção familiar e, se entendemos o luto como um processo natural e inevitável que gera desequilíbrio na estrutura e no funcionamento da família, poderíamos prevenir o luto disfuncional?¹⁰

¹⁰ Termo sugerido pela autora para definir o processo de luto que não segue o curso natural de adaptação à perda, gerando paralisações e sintomas dentro do sistema familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. *A percepção da morte na criança*. In: ABERASTURY, A. et al. *A percepção da morte na criança e outros escritos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. cap. 9 p. 128-139.
- ARIÈS, P. *História da Morte no Ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BOWEN, M. *A Reação da Família à Morte*. In: *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- BROMBERG, M. H. P. F. *A Psicoterapia em situações de perdas e luto*. Campinas: Editora Livro Pleno, 2000.
- BROWN, F. H. *O Impacto da Morte e da Doença Grave sobre o Ciclo de Vida Familiar*. In: *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma Estrutura para a Terapia Familiar*. In: *As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- CUKIER, R. *Psicodrama Bi-Pessoal*. São Paulo: Agora, 1992.
- GROISMAN, M. *O Mito da Família Eterna - Terapia Familiar Breve na Tentativa de Suicídio*. In: GROISMAN, M. (Org.) *Além do Paraíso: perdas e transformações na família*. Rio de Janeiro, 2003.
- GROISMAN, M. (Org.) *Além do Paraíso: perdas e transformações na família*. Rio de Janeiro, 2003.
- GROISMAN, M.; LOBO, M. V.; CAVOUR, R. M. *Histórias Dramáticas: Terapia Breve para Famílias e Terapeutas*. Rio de Janeiro: Record: Editora Rosa dos Ventos, 1996.
- HALEY, J. *Terapia não-convencional*. São Paulo: Summus, 1991.
- LOBO, M. V. *Perdidos e Achados: morte e ressurreição da família*. In: GROISMAN, M. (Org.) *Além do Paraíso: perdas e transformações na família*. Rio de Janeiro, 2003.
- MOLINA-LOZA, C. A. *Chaves para uma Terapoética da Família*. Belo Horizonte: Editora Artesã, 1998.
- MOTTA, E. A.; CAVOUR, R. M. A. *Tempo de Despedida: Vida e Morte na Família*. In: GROISMAN, M. (Org.) *Além do Paraíso: perdas e transformações na família*. Rio de Janeiro, 2003.

- MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. *Técnicas de Terapia familiar*. 2ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2003.
- MINUCHIN, S. *Famílias, Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- ROSSET, S. M. *Isabel Augusta: a Família como Caminho*. Curitiba: Livraria do Chain Editora, 2001.
- VASCONCELLOS, M. J. E. *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. Campinas, SP: Papirus, 2002.
- VIORST, J. *Perdas Necessárias*. 2ª ed. São Paulo: Melhoramentos, 2003.
- WALSH, F.; MCGOLDRICK, M. *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. *A Pragmática da Comunicação Humana*. São Paulo: Cultrix, 1981.
- WHITAKER, C. A. *Dançando com a Família*. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- WORDEN, J. W. *Terapia do Luto: Um manual para o profissional de saúde mental*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CAPÍTULO 9

A MORTE DO PAI NA INFÂNCIA:
REPERCUSSÕES NA VIDA ADULTA

RÉLIM ANGONESE HAHN

Nossas perdas, assim como ganhos, nossos acertos e erros, nos constroem, ou seja, sou eu quem perde, quem ganha, quem erra, quem acerta... Assim me vejo, como ser finito e responsável pela minha existência. Meu futuro já foi projetado por mim, impulsionado pelo meu passado do qual utilizo-me no presente. Na perspectiva do sentido, o passado tem significado como o já vivido, que passa a ser acolhido, possibilitando que nos lancemos em projetos. Ao nos lançarmos nesses projetos o passado é ressignificado a serviço deste futuro... Presente, passado e futuro; é assim que entendemos o tempo... A Morte é um dado estruturante de nossa existência...

Heidegger

Este capítulo é fruto do estudo monográfico *Morte do Pai na Infância - Uma Reflexão sobre a Percepção na fase Adulta*, apresentado na Universidade de Caxias do Sul, em 2002, com a orientação da professora Dra. Alice Maggi.

Neste trabalho, serão propostos os aspectos mais relevantes da pesquisa. No final do capítulo, há considerações atuais formuladas pelas conversas informais, com algumas das entrevistadas, durante a preparação deste material.

A MORTE DO PAI NA INFÂNCIA - UMA REFLEXÃO SOBRE A PERCEPÇÃO NA FASE ADULTA

Ao pesquisar na literatura, percebe-se que há um interesse crescente em se estudar sobre o processo de luto. A maior parte dos estudos publicados a respeito de luto, por morte de um dos progenitores na infância, refere-se à morte da mãe. Por isso, pensou-se em investigar os possíveis efeitos na fase adulta, da experiência de não ter fisicamente a presença do pai na infância.

O fato de se ter optado por adultas universitárias, ou com curso superior é devido à probabilidade de essas pessoas não terem sofrido sérias privações de ordem financeira, bem como dificuldades quanto à aprendizagem, fatores estes que facilitam a adaptação frente à perda.

OBJETIVOS

Esta pesquisa teve como objetivo refletir sobre a percepção de adultos jovens, do sexo feminino, de vinte a trinta e cinco anos, universitárias ou com curso superior, acerca da experiência da morte do pai na infância. Mediante este estudo, pretendeu-se entender que significado as adultas construíram, ao longo de suas vidas, em relação à perda do pai, vivida de quatro a doze anos de idade e as repercussões desta perda em suas vidas.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Participaram desse estudo cinco jovens adultas, com idade entre vinte e dois e trinta e um anos que perderam o pai no período dos quatro aos doze anos.

O nível de escolaridade das participantes é de curso superior incompleto na Universidade de Caxias do Sul, com exceção de uma das participantes que já concluiu seu curso.

Essa mesma entrevistada diferencia-se por estar casada, sendo as demais solteiras.

Todas as participantes permaneceram e/ou permanecem por períodos consideráveis no mesmo emprego, realizando poucas mudanças de ocupações. A maioria delas executa atividades afins aos cursos que desenvolvem: áreas de saúde, educação e negócios.

Na época da experiência da morte do pai, todas seguiram vivendo com a mãe e com os irmãos, com exceção da filha única. Atualmente, em relação à constituição familiar, todas vivem com a família de origem, com exceção da entrevistada que está casada. Uma das participantes possui um filho, com quatro anos, no momento da pesquisa.

As participantes foram encontradas mediante indicação de conhecidos da pesquisadora.

INSTRUMENTOS

Foi utilizada, como instrumento, uma entrevista semidirigida para a investigação acerca da percepção de jovens adultas que perderam o pai na infância, em relação a essa experiência.

O instrumento de avaliação foi desenvolvido pela pesquisadora, baseado em fundamentações teóricas, referentes aos aspectos envolvidos no luto. Foi realizada uma entrevista piloto, com o objetivo de obterem-se respostas ao problema proposto, adequando, desta forma, o instrumento de investigação.

PROCEDIMENTOS

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, individualmente, após os sujeitos terem assinado o termo de comprometimento informado.

O tempo utilizado para cada entrevista foi de, em média, quarenta minutos; porém, em alguns casos, foi preciso prolongá-lo, devido à mobilização de sentimentos em função das lembranças sobre a experiência da morte do pai na infância.



Para uma melhor coleta e análise dos dados, as entrevistas foram gravadas, com o prévio consentimento das entrevistadas.

RESULTADOS

Com o intuito de analisar os dados obtidos, utilizou-se o método de Análise de Conteúdo, proposto por Bardin (1977). Segundo a autora, a Análise de Conteúdo possui três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise refere-se à fase da organização propriamente dita; tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais, de forma a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das operações seguintes. A exploração do material refere-se, essencialmente, às operações de codificação, desconto, ou enumeração, em função das regras previamente estabelecidas. Na fase de resultados e interpretação, os dados são tratados de maneira a serem significativos, e as interpretações condizentes com os objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas. Para a presente pesquisa, todos os passos foram criteriosamente seguidos.

Além das contribuições de Bardin (1977), também foram acompanhadas as orientações de Moraes (1998) para a análise dos dados, principalmente no que se refere à definição de unidades temáticas, a fim de facilitar a categorização e interpretação dos resultados.

Com o intento de melhor apresentação dos resultados, retomando o problema do presente estudo, que diz respeito à percepção de jovens adultas em relação à morte de seu pai na infância, eles serão divididos em três partes: momento atual, lembranças da infância e repercussões da perda do pai no hoje.

A primeira parte da entrevista (ver anexo 2) teve, como objetivo, investigar o momento em que ora vivem as participantes; para isso, as questões norteadoras que abarcam a essência desta parte do estudo se referem à personalidade das jovens, ou seja, como se descrevem, percebem as pessoas e o

mundo, e como têm sido seus relacionamentos sociais e afetivos.

Referente à personalidade das participantes, solicitou-se que elas se caracterizassem mediante de três aspectos que elas considerassem positivos e negativos. Em relação aos aspectos positivos, elas se descreveram como pessoas sinceras, muito amigas, batalhadoras, responsáveis e com iniciativa. Também, em menor escala, julgaram-se fortes, auto-suficientes, solidárias, carinhosas e espontâneas. No âmbito negativo, as participantes caracterizaram-se exigentes, críticas e controladoras, assim como também apareceram aspectos de introversão, impulsividade, menosprezo com a dor do outro, ciúmes e sensibilidade extremada.

As jovens entrevistadas conceberam o mundo e as pessoas como muito complicados, porque se surpreendem com situações inesperadas e sem explicação e estão sempre em transformação.

Quanto aos relacionamentos sociais, as participantes apresentaram uma dificuldade em confiar nas pessoas, assim como dificuldade de separação. A maioria delas possuía vários conhecidos e poucas amizades; porém estas foram caracterizadas como intensas. Geralmente, buscavam contato com as outras pessoas, assumindo uma posição mais ativa e de controle.

Em termos de relacionamentos amorosos, demonstraram a capacidade de se ligar a alguém. Seus relacionamentos tiveram longa duração, em média cinco anos de namoro e a maioria delas teve apenas dois namorados até o momento. Os motivos dos rompimentos dos relacionamentos das participantes foram sua insegurança e necessidade de controle, assim como traição do namorado, brigas constantes e o fato de a relação ter se tornado mais fraternal do que de casal. Apresentaram também dificuldade de separação; uma delas demorou um ano e oito meses para conseguir romper.

As expectativas de um relacionamento amoroso dizem respeito principalmente à segurança, confiança e fidelidade na relação. As entrevistadas também esperavam de seus companheiros: iniciativa, posicionamento, determinação,



A entrevistada que possuía um filho mencionou a necessidade de o companheiro aceitar e gostar de seu filho também.

A segunda parte da entrevista foi dirigida a investigar aspectos relacionados às participantes quando crianças, ou seja, as percepções e lembranças da infância delas. Para se atingir tal objetivo, foi solicitado que citassem os momentos mais marcantes de suas vidas e se precisou de ajuda psicoterápica para lidar com algum desses momentos. Sobre a situação da morte do pai, foram investigadas: as circunstâncias da morte, as lembranças do pai, o apoio recebido, o que facilitou e o que dificultou a adaptação da perda, a reação da mãe, ou cuidador diante da morte, se houve mudanças após a perda e quais foram.

Em relação aos momentos mais marcantes, todas as entrevistadas mencionaram a morte do pai como o primeiro momento mais marcante de suas vidas. Outras perdas também foram citadas: separações de namorados, morte de cachorros, mudança de escola. Além das perdas, as entrevistadas se detiveram em situações difíceis: recasamento da mãe e período complicado no trabalho. O vestibular, a entrada na Faculdade, o primeiro emprego e a evolução no emprego aparecem como momentos marcantes, assim como festa de quinze anos e o nascimento de filho.

Nenhuma das entrevistadas utilizou-se de ajuda psicoterápica no momento da morte, pois, segundo elas, ficaram bloqueadas, ou não assimilaram o fato no momento, assim como se definem como sendo muito fortes, dando conta sozinhas da situação. As que procuraram ajuda mais tarde abandonaram o tratamento, por terem aliviado e aceitado os fatos, ou por não terem gostado da psicoterapia, considerando que mobilizava muitos sentimentos. Duas entrevistadas mencionaram que acreditam na necessidade de tratamento, em função, por exemplo, de uma psoríase e pensam em voltar às sessões.

As circunstâncias das mortes dos pais das entrevistadas foram de forma repentina, acidentais, ou por doença, sendo três casos de cânceres fulminantes. As lembranças do pai são vagas e mais referentes a aspectos positivos, principalmente o carinho,

o afeto e a atenção. Elas se recordam também de algumas imagens e situações, como o gosto da mamadeira feita por ele, os passeios, presentes e as pernas finas em função da doença.

Em relação aos aspectos que facilitaram a adaptação da perda, a maioria das entrevistadas afirmou que nada as ajudou naquele momento, mencionando também que não lembram de ter sofrido na época. Uma das participantes se refere à família da mãe como facilitadora, e duas outras citaram o amadurecimento, facilitado em função da experiência de perda. A falta de espaço para expressão dos sentimentos, as mudanças decorrentes da morte, como os namorados da mãe e a diferença na criação foram abordados como os aspectos mais difíceis na adaptação da perda, juntamente com a falta da figura paterna e o suporte proporcionado pelo pai.

As participantes da pesquisa se reportam à maior proximidade da família, principalmente com a mãe, como a maior fonte de apoio no momento da morte. A família extensa também foi relatada como rede de apoio. Uma das entrevistadas não possui registro de algum apoio recebido naquele momento.

Segundo as entrevistadas, a reação das mães foi a de pessoas muito fortes, porque, apesar de sentimentos de medo, solidão e insegurança, acrescidos de crises financeiras e, em alguns casos, desgaste com a doença do marido, elas tiveram que lidar com o acúmulo de tarefas e tentar manter o padrão de vida que tinham antes da morte. Duas entrevistadas mencionaram que naquele momento, sentiam que precisavam consolar sua mãe e ofereceram todo o suporte para ela. Apenas uma das mães não teve namorados, ou recasou após a morte do marido.

Todas as entrevistadas demonstram que houve muitas mudanças após a morte do pai, principalmente dificuldades financeiras e o recasamento das mães. Também citaram o distanciamento da mãe, em função do acúmulo de tarefas, sentimentos de medo, insegurança e sufocamento decorrente da superproteção, além da mudança de casa, carência pela falta do pai, depressão e comportamentos rebeldes.

A última parte da entrevista destinou-se a investigar as repercussões da experiência da morte do pai na infância no hoje. Para se atingir tal objetivo, foram abordadas questões referentes à reação atual diante de alguma perda e/ou situação difícil, bem como à influência da experiência da perda na infância hoje e a percepção atual acerca da experiência da morte do pai.

Em relação à perda de algo ou de alguém e como lidam com situações difíceis, duas entrevistadas revelaram frieza quanto aos atos, ou seja, insensibilidade, com dificuldade em se colocar no lugar do outro, ou então, não sofrem no momento, precisando de um tempo para digerir, expressando os sentimentos por meio de algum sintoma, como uma doença. As demais participantes afirmaram sofrer muito ao lidar com perdas, ou situações difíceis. Os sentimentos e reações que identificaram nestas situações são: raiva, revolta, culpa, angústia, onipotência e choro intenso. Elas também expressaram medo de se envolver e perder e apresentaram uma segurança interna, acreditando em seus próprios recursos de resiliência.

As influências da experiência da perda infantil na atualidade dizem respeito, segundo as entrevistadas, principalmente ao medo de se relacionar com as pessoas, mais especificamente, ao medo de se envolver e perder. Dessa forma, elas apresentam comportamentos ambivalentes: apegam-se a alguém e fogem das pessoas, assim como demonstram necessidade de pertencimento, dificuldade de separação e descrédito quanto aos recursos do outro. Também se questionam como seria se o pai estivesse vivo e manifestam a falta do pai e da presença da figura masculina para a formação da identidade. O amadurecimento precoce foi abordado também, como uma influência decorrente da experiência infantil. Uma das entrevistadas relatou os sentimentos de revolta, impotência e culpa, relacionados à perda; referiu-se à falta de espaço na família para falar sobre a morte do pai. Essa mesma se caracterizou como insegura e demonstrou apresentar um comportamento auto-suficiente.

A última questão abordada com as entrevistadas foi em relação à percepção da experiência da morte do pai na infância,

o significado atribuído e a hipótese de a avaliação de algo positivo com essa perda. As entrevistadas identificaram, como as maiores consequências dessa experiência na vida adulta, o crescimento e o amadurecimento precoce, assim como uma auto-exigência, no sentido de mostrar-se forte, responsável e madura. Também demonstraram a credibilidade em si próprias e nos recursos que possuem, mantendo sempre a esperança. Outras repercussões foram também identificadas, a exemplo da relação de maior proximidade com a mãe, ao mesmo tempo em que há um lado muito independente, com uma postura de iniciativa, assim como a sensação de incompletude e vazio, bem como a dificuldade na expressão dos sentimentos.

DISCUSSÃO

Retomando o objetivo do presente estudo de investigar a percepção de jovens adultas a respeito da morte do pai na infância, destacar-se-á, inicialmente, a fala de uma das participantes que pode representar a experiência da perda infantil.

Eu levantei um dia e a minha casa tava lotada de gente chorando e ninguém me falava nada, ninguém me falava nada... Na hora eu disse: _ Bom, mas vai voltar, os caras da novela morrem, mas voltam. Então eu disse: _ mas por que estão todos chorando? Ai eu levantei, fui lá cumprimentar todo mundo, tentar ajudar as pessoas e eu dizia para a minha mãe: _ calma, não fica triste assim, não é para tanto e eu não entendia o que tava acontecendo.

A morte do pai, certamente, consiste em uma das experiências mais intensamente dolorosa e desafiadora que uma criança pode vivenciar. Esta perda é especialmente difícil na infância, porque se trata de uma experiência prematura, em um momento em que a criança depende dos genitores, para sua sobrevivência física e emocional e devido à imaturidade do pensamento infantil. Por isso, é essencial o apoio das pessoas próximas da criança, principalmente do genitor sobrevivente (Mazorra, 2001).

No entanto, o que se observa neste estudo é que existe uma dificuldade de as pessoas em tolerar o sofrimento da criança, não propiciando assim um espaço, para que esta possa expressar seus sentimentos. Acrescido a isso, a criança assume uma postura onipotente de que poderá cuidar da mãe e amenizar o sofrimento da mesma: *É como se eu tivesse ficado bloqueada. Eu sentia que precisava cuidar da minha mãe. Para falar a verdade, eu não lembro de ter sofrido naquele momento, eu não sei se eu não tinha consciência, ou a minha preocupação era a minha mãe, mas acho que só depois eu comecei a sentir.*

Em função das dificuldades da criança e dos adultos cuidadores, percebe-se uma tendência nas crianças em viver um luto inibido, no momento da morte, adiando este luto para momentos posteriores, de forma distorcida em outras situações.

Percebe-se que as entrevistadas se utilizam do mecanismo de defesa de racionalização como forma de encarar a morte e as situações difíceis que se apresentam e se defendem da dor da perda ao acreditar que elas seriam piores se o pai estivesse vivo: *Sabe que eu acho que, se ele tivesse vivo, eu seria uma menina mimadinha, sempre no colinho do papai, e com a morte dele eu aprendi a lidar com a vida de uma outra maneira, eu amadureci. Foi o que eu ganhei com a perda dele: o amadurecimento.*

Da mesma forma, mascaram o luto, quando idealizam a figura do pai, acreditando que, com a presença dele, nada de ruim aconteceria.

A idealização permite que nossos pensamentos permaneçam puros e que o sentimento de culpa não nos domine. É também um meio de recompensar a pessoa morta, nos redimirmos de todo o mal que fizemos - que imaginamos ter feito - a ela (Viorst, 1988, p.248).

Pode-se pensar que as adultas entrevistadas que perderam o pai na infância apresentam alguns traços obsessivos. Isto pode ser observado pela dificuldade com relação às mudanças, nos campos pessoal e profissional e poucos relacionamentos

com pessoas no âmbito social e amoroso, provavelmente na tentativa de controlar as situações e evitar o sofrimento. Em relação, ainda, aos traços de personalidade das participantes, pode-se pensar que as mesmas possuem traços de um modelo operativo interno inseguro, apresentando dificuldades em confiar nas pessoas e em se envolver. As jovens temem o contato íntimo por medo de se comprometer e perder; logo, apresentam um comportamento ambivalente, desejando e fugindo de alguns contatos. Pode-se pensar que o fato de se comportarem de forma ambivalente se trata de uma defesa a serviço de uma possível ansiedade persecutória, a fim de permanecer na posição de falta, a qual é conhecida.

O rompimento de um vínculo certamente abala o sentimento de segurança, principalmente quando o corte se faz de forma repentina, como foi o caso de praticamente todas as entrevistadas. Como afirma Torres (1999): *A maior crise na vida de uma criança é, sem dúvida, aquela provocada pela morte de um dos pais, pois, a partir daí, o mundo nunca mais será o mesmo lugar seguro de antes. (p.122)* Por conseguinte, pode-se justificar o sentimento de insegurança das jovens entrevistadas e a crença de que as pessoas e o mundo não são confiáveis: *(...) as pessoas são muito complicadas e o mundo também, às vezes tu passas por algumas situações que tu não entende porque tá passando por aquilo... a pessoa vem e te surpreende. (sic).*

Percebe-se que a dificuldade de separação se deve principalmente à sensação de irreversibilidade: *... a sensação de ver indo embora, de nunca mais estar ali, é muito difícil para mim, e eu fiquei muito mal.*

Um dos fatores que dificultaram a elaboração do luto diz respeito às diversas mudanças ocorridas decorrentes da morte do pai. Segundo as entrevistadas, a mudança que mais influenciou sua adaptação foi o recasamento das mães.

No que se refere às características das entrevistadas, talvez, o mais esperado fosse a presença de fortes traços de dependência da jovem principalmente com sua mãe, mas



a busca de um pai, na relação com o companheiro. O que se pode observar, porém, é que as entrevistadas, independente da perda do pai na infância, estão vivenciando adequadamente a fase do desenvolvimento em que ora vivem. Pikunas (1979) afirma que a principal função do adulto jovem é a interdependência emocional, ou seja, o equilíbrio entre estar envolvido (dependência) e buscar a autonomia (independência).

Neste estudo, percebe-se nitidamente a presença das duas vias: dependência e independência. O fato de todas as participantes ainda estarem morando com as famílias de origem (com exceção da casada) pode demonstrar uma possível dificuldade em sair de casa. Pode-se pensar que, com a situação da morte, houve maior proximidade das crianças com suas mães (dependência). Por outro lado, a mesma experiência propiciou uma identificação com figuras femininas fortes, *que tiveram que ir à luta, mesmo sofrendo... que deram conta*, fortalecendo assim a confiança interna das crianças, hoje, mulheres: *A partir daí, algumas coisas mudaram, porque eu acabei assumindo muita responsabilidade... eu comecei a lutar muito pelo o que eu queria, eu acabei tendo muitas conquistas...*

Em relação às expectativas com os cônjuges, percebe-se que também perpassam pelas duas vias: dependência e independência, pois elas esperam segurança, confiança e fidelidade no relacionamento (dependência), assim como homens com iniciativa, posicionamento, que batalhem por aquilo que desejam e que não se deixem ser controlados (independência).

No que tange aos momentos mais marcantes da vida das entrevistadas, todas elas apontam a morte do pai como o instante mais determinativo de suas vidas. O fato de elas não terem negado esta experiência demonstra aspectos básicos de saúde mental.

Demais perdas e situações difíceis aparecem como sendo os momentos marcantes na vida das entrevistadas, provavelmente porque essas experiências remetem à perda do pai na infância. Percebe-se, também, que o modo como elas

lidam, atualmente com algumas experiências, muito se parece com a forma auto-suficiente que lidaram na infância. Ou então sofrem em demasia, de maneira desproporcional com a referente situação, o que se deve, possivelmente, ao acréscimo da perda infantil. Chama a atenção o fato de conquistas profissionais serem muito citadas. Pode-se pensar que momentos como a entrada na Universidade e o primeiro emprego são marcos de independência, e estes podem estar representando um legado paterno, pois, de acordo com Felzenszwalb (2000).

O pai cumpre o papel de representar a saída, a estrada para o mundo fora de casa, longe da domesticidade. O pai é o grande aliado da filha em sua luta para se separar psicologicamente da mãe e para estabelecer o sentimento de individualidade feminina. (p.3).

Depreende-se uma tendência a um comportamento auto-suficiente: *... não há problema que me abata*. Isto talvez esteja ligado ao fato de as entrevistadas terem ficado com a idéia onipotente de que deram conta sozinhas da perda do pai e ainda ajudaram suas mães, assim como há um registro superficial de rede de apoio naquele momento. Portanto, hoje elas possuem um locus de controle interno, sentindo-se responsáveis por todos os acontecimentos, acreditando que possuem um "poder sobre as coisas": *... sempre tem que ter alguma coisa de errado que eu fiz... se eu tivesse sido melhor isso não teria acontecido... se eu der o meu melhor as coisas vão acontecer*.

Por outro lado, pode-se pensar que esse sentimento de auto-suficiência se torna positivo no sentido em que gera uma confiança interna e que faz com que elas acreditem em seus potenciais e recursos internos, para enfrentar as difíceis situações que podem surgir: *... apesar de doer muito, até fisicamente, eu digo: não, mas eu sou capaz, é mais uma dificuldade, já passei por tantas*.

Deduz-se, além da auto-suficiência, uma forte auto-exigência dessas jovens: *... a minha cabeça não deixou eu passar por algumas situações por eu acreditar que tinha que*



consigo ser imatura, inconseqüente, sabe, eu sou assim muito pé no chão. E eu acho que isso influenciou para que eu fosse assim. Pode-se pensar que o sentimento de raiva vivido por essas jovens quando crianças, pelo "abandono" do pai, e também porque, mesmo sofrendo, "precisavam" consolar suas mães, fosse mais intenso do que nas demais crianças. Esse sentimento recalado volta pela formação de um superego mais rígido. Essa raiva, porém, não chega a ser destrutiva, uma vez que faz com que elas ajam de forma "certinha" e responsável: ... as pessoas acabam confiando em deixar as coisas para mim porque sabem que eu vou iniciar e finalizar muito bem. Essa exigência também se estabelece em relação às outras pessoas, com uma dificuldade em empatizar com o outro: Eu não aceito as pessoas chorarem tanto por uma perda que, meu Deus, perto do que eu perdi não é nada... como eu tive um sofrimento tão grande, eu não tolero as pessoas sofrerem por qualquer coisa.

Podem-se observar algumas diferenças em função da idade da perda. As entrevistadas que perderam o pai na pré-puberdade podem apresentar aspectos mais relacionados a sentimentos de revolta e independência. Enquanto aquelas que o perderam mais novas percebe-se uma tendência a ser mais "certinhas". O registro de pensamento mágico, típico dos quatro aos sete anos, contribuiu para que se formasse uma fantasia de onipotência e o excesso da maturidade, rapidamente alcançado em função da situação da perda, o que provoca um efeito de limite para elas, podendo as impedir de avançar pela dificuldade em aceitar desafios e o temor em errar.

Por fim, com este estudo, constatou-se que as jovens entrevistadas se adaptaram à perda do pai na infância, ou seja, seguiram adequadamente em relação ao que era esperado em cada fase. Pode-se pensar que o fator que mais tenha facilitado isso seja o fato de todas elas terem boas lembranças do pai, possuindo então uma boa referência paterna. O amadurecimento precoce é considerado por elas, como uma das maiores repercussões na vida adulta. Esse amadurecimento também passa pela via de ter consciência das conseqüências referentes à morte do pai na infância: *Essa experiência trouxe*

amadurecimento mesmo que na marra, tive que me tornar uma pessoa forte, mas ao mesmo tempo não sou. Cresci rápido demais, tenho a sensação assim que algumas fases da minha vida pularam, que algumas coisas eu deveria ter passado e não passei. (sic)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo investigar jovens adultas, universitárias, ou profissionais formadas, sobre a percepção da morte de seus pais na infância. Dessa forma, verificar o destino atribuído a essa experiência prematura, podendo ser estabelecida enquanto um desafio, ou um dano irreparável.

O luto infantil, principalmente o decorrente da morte de um dos progenitores, certamente terá alguma influência por toda a vida. Nesse estudo, percebeu-se que as crianças possuem recursos internos e capacidade para lidar com situações extremamente dolorosas. A experiência da morte do pai na infância é, em grande parte, facilitada pelo registro que fica para a criança acerca do relacionamento que possuía com o pai antes da morte, bem como o apoio recebido após a perda.

É imprescindível que, nessa situação da morte do pai, haja um espaço para que a criança possa expressar seus sentimentos, compartilhando com a família sua dor e sofrimento. Para isso, os adultos precisam tolerar o sofrimento da criança e acreditar na "força" interna que ela possui. Nesse sentido, torna-se indispensável um trabalho de orientação dos profissionais da área da Psicologia para com os "cuidadores" de crianças enlutadas. A atuação preventiva é muito valiosa, uma vez que se observou uma tendência das crianças a vivenciarem um luto inibido no momento da morte, adiando-o de forma distorcida, para as demais situações vividas ao longo de suas vidas.

Outros aspectos que também aparecem enquanto resultados do luto infantil são: o medo de se envolver e perder, por uma crença que se estabeleceu de que as pessoas não são



No que se refere aos aspectos de interdependência, as entrevistadas demonstram estar adequadas com o que se espera dessa fase do desenvolvimento em que estão engajadas, ou seja, apresentam um equilíbrio entre dependência e independência, atuando nas duas vias. Um estudo com adultas jovens que não sofreram essa perda na infância se faria necessário para melhor investigar esse aspecto.

A proximidade da pesquisadora com o assunto, em função de estudos, do estágio realizado em Capela Funerária e de experiências pessoais foram fatores que facilitaram a elaboração desta pesquisa, enquanto que a realização de uma única entrevista com as jovens limitou a obtenção e validade dos dados colhidos. Da mesma forma, um estudo com as mães das entrevistadas seria valioso para a compreensão dos efeitos do luto para elas, assim como no relacionamento com a filha. Não se tem, porém, a pretensão de esgotar o assunto sobre as repercussões da morte do pai na infância, na idade adulta, mas sim, o objetivo é de que, mediante este estudo, novas discussões sejam oportunizadas sobre o tema, a fim de prevenir e facilitar tanto quanto possível, a adaptação das crianças frente à morte de seus pais.

REFLEXÕES ATUAIS

O luto na infância, principalmente o decorrente da morte de um dos progenitores, certamente deixa marcas profundas por toda a vida, como interpretou uma das entrevistadas *Foi um marco assim, tipo, antes de Cristo e depois de Cristo.* (sic) Como marca, o luto da criança será uma parte da história; porém, precisa-se ter o cuidado para que a perda não se torne o eixo central da vida dela. Dessa forma, pode-se acostumar com a posição de falta, mantendo-se numa posição vitimizada e passiva diante da vida, ampliando o sentimento de impotência referente à morte para todas as demais situações.

Acredita-se que a elaboração do luto em grande parte dependerá do significado atribuído à experiência da perda.

Quando criança, há maior dificuldade em se interpretar uma situação de forma saudável e adaptativa; porém, com o crescimento da criança, aumentam-se também os recursos, tanto internos; quanto externos. O passado então pode ser usado como um suporte e uma alavanca para a projeção do futuro. É preciso coragem para "olhar" para essa experiência e encontrar um sentido, mas também é necessário coragem para assumir a maturidade duramente conquistada, tornando-se dono de sua história, optando pelo uso que quiser fazer desta história. Enquanto adulto, responsável por suas escolhas, poderá assim optar por caminhos mais reais e menos sofridos.

Como afirma Sartre "*O mais importante não é tanto o que fizeram comigo, mas o que faço com o que fizeram comigo...*" O mais importante não é a experiência em si, mas a forma como é administrada.

Portanto, a atuação preventiva no momento da morte e logo após é muito valiosa, seja ainda na capela funerária, no contexto clínico, escolar, hospitalar, institucional, entre outros. Em Caxias do Sul, desenvolvemos *folders*, com orientações em relação às crianças no momento da morte, que são distribuídos em locais diversos (em anexo-capítulo: Intervenção com as Crianças no *Setting* Funerário). Também se considera importante o conhecimento das possíveis repercussões do luto da criança para o atendimento posterior dessas crianças, quando adolescentes ou adultos.

Observa-se uma tendência das crianças a vivenciarem um luto inibido no momento da morte, adiando-o de forma distorcida, para as demais situações vividas ao longo de suas vidas. Dessa forma, pode-se pensar em uma condição de maior sofrimento na vida adulta. Acredita-se que esse sofrimento possa ser intensificado, uma vez que, em cada situação difícil, há o acréscimo do luto da infância. Manter expectativas perfeccionistas e irreais colaboram para permanecer na posição de "falta". Viver no limite, tendo riscos e punições como aliados, também é outra forma distorcida de estar ligado ao pai, quando na verdade, sofrer, significa



Outros aspectos também aparecem como resultados do luto na infância. O medo de se envolver e perder, por uma crença que se estabeleceu de que as pessoas não são confiáveis, torna comum que mulheres adultas se comportem de forma ambivalente, ou permaneçam em posturas passivas, principalmente em relação aos vínculos amorosos. Se a perda tiver acontecido no momento do Édipo, acrescenta-se a fantasia de que seduzir mata, que se tiver, irá perder, e perder custa muito caro; logo, é preferível ficar sem, que já é conhecido e mais administrável. A posição de permanecer em relacionamentos insatisfatórios também diz respeito à tentativa de não envolvimento afetivo.

A auto-exigência e o amadurecimento precoce são repercussões muito possíveis na vida adulta, as quais poderão limitar a vida. É preciso cuidado para que esses aspectos não dificultem a espontaneidade, criatividade, iniciativa e que não as faça se distanciarem das pessoas, principalmente da mesma geração.

Se voltarmos à idéia da repercussão da morte do pai na infância enquanto uma marca, podemos pensar em uma ferida que cicatrizou, que hoje não provoca mais tanta dor por não estar exposta. Precisamos, porém, pensar que a dimensão desta cicatriz dependerá de como a ferida foi cuidada enquanto estava aberta. Pensar a experiência da morte na infância, por meio desta metáfora, talvez nos auxilie a compreender a importância do trabalho preventivo com as crianças enlutadas e seus cuidadores. Pode-se cogitar, também, que cicatrizes emocionais são mais dinâmicas que as corporais. Assim sendo, intervenções posteriores, mesmo na vida adulta são recursos valiosos e necessários. Para um entendimento mais global e eficaz, precisa-se considerar sempre o contexto, que inclui as repercussões da experiência de perda, acrescentadas e mescladas com todas as outras vivências. O objetivo não é se deter em causas e efeitos, presos em uma visão linear, mas sim, facilitar para tornar alguns conteúdos mais conscientes e administráveis.

ANEXO

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Nome:
2. Data de Nascimento:
3. Curso:
4. Ocupação Atual e anteriores:
5. Estado Civil:
6. Filhos:
7. Como tem sido seus relacionamentos afetivos?
 - 7.1. Quantos relacionamentos já teve?
 - 7.2. Duração
 - 7.3. Por que rompeu?
 - 7.4. Qual é a expectativa de um relacionamento amoroso?
8. Quanto a sua personalidade. Cite três aspectos que você considere positivos e três negativos.
9. Como são seus relacionamentos sociais?
 - 9.1. Quantidade e intensidade das amizades
 - 9.2. Geralmente procura ou é procurado?
 - 9.3. Busca, teme ou evita contatos?

10. Como você percebe as pessoas e o mundo?
11. Quais foram os momentos mais marcantes da sua vida?
 - 11.1. Em relação a perdas houve alguma significativa? Como lidou? Em algum momento precisou de ajuda especializada, como psicoterapia?
12. Idade em que perdeu o pai:
13. Constituição Familiar:
14. Circunstâncias da morte:
15. O que lembra do seu pai?
16. De quem você recebeu mais apoio?
17. Qual foi a reação da sua mãe ou do cuidador diante da morte?
18. Houve mudanças após a morte? Quais?
19. O que mais facilitou e o que foi mais difícil na adaptação à perda?
20. Atualmente, quando você perde algo ou alguém importante, como reage?
 - 20.1. Como lida com situações difíceis?
21. Essa experiência de perda na infância ainda influencia hoje? De que forma?
22. Após tantos anos, como você percebe essa experiência da morte do pai na infância?
 - 22.1. Que significado você atribui a essa experiência?
 - 22.2. Pode-se pensar em algum ganho com essa perda na infância? Qual?
23. Deseja acrescentar algo?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- _____. *Perda*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- BROMBERG, M. H. *A psicoterapia em situações de perda e luto*. Campinas: Editora Livro Pleno, 1999.
- FELZENSWALB, M. *Partenogênese (Ou dos efeitos da exclusão do Pai)*. Publicação on-line disponível: <http://Felzen@marlin.com.br>, em 2000.
- HAHN, R. *A Morte do Pai na Infância - Uma Reflexão sobre a Percepção na Fase Adulta*. Monografia - Universidade de Caxias do Sul, 2002.
- MAZORRA, L. *A criança e o luto: vivências fantasmáticas diante da morte do genitor*, 2001. 381f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.
- MORAES, R. *Uma Experiência de Pesquisa Coletiva: Introdução à Análise do Conteúdo in A Construção do Conhecimento e sua Mediação Metodológica*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998.
- PIKUNAS, J. *Desenvolvimento Humano: Uma ciência emergente*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1979.
- TORRES, W. *A Criança diante da Morte*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- VIORST, J. *Perdas Necessárias*. São Paulo: Melhoramentos, 1988.

OUTROS RECURSOS PARA ESTUDOS E PRÁTICAS COM CRIANÇAS ENLUTADAS

SITES:

— 4 Estações - Instituto de Psicologia
www.4estacoes.com

Sociedade Brasileira de Psico-oncologia
www.sbpo.org.br

Cruse Bereavement Care
www.crusebereavementcare.org.uk

— Barr-Harris Children's Grief Center
www.barrharris.org

Children with AIDS Project
www.aidskids.org

— Winston's Wish
www.wintonswish.org.uk

— Children's Grief and Loss
www.childrensgrief.net

— Children's Bereavement Center
www.childbereavement.org

— Compassion Books

VÍDEOS:

- Falando de morte: A criança (1997), Direção: Jussara Marques
- Equipe de Psicologia: Maria Júlia Kovács; Maria Helena Pereira Franco; Nancy Vaiciunas, Ingrid Esslinger.
- Falando de morte: O adolescente (1999), Direção: Jussara Marques
- Equipe de Psicologia: Maria Júlia Kovács; Maria Helena Pereira Franco; Nancy Vaiciunas, Ingrid Esslinger.

LIVROS PARA CRIANÇAS:

- BUSCAGLIA, L., (1982) A história de uma folha. Uma fábula para todas as idades. Record, Rio de Janeiro.
- CENAMO, A.C., (1998) Manual da criança. Informações sobre o câncer infantil, GRAAC, São Paulo.
- FRANÇOSO, L.P.C., (2001) O tratamento do câncer infantil. O livro das crianças, GAAC, Ribeirão Preto.
- HEEGARD, M., (1998) Quando alguma coisa terrível acontece. Crianças podem aprender a lidar com situações traumáticas, Artmed, Porto Alegre.
- HISATUGO, C.C., (2000) Conversando sobre a morte, Casa do Psicólogo, São Paulo.
- MAZORRA, L. e Tinoco, V., (2000) O dia em que o passarinho não cantou, Livro Pleno, Campinas.
- TRUDY, M., (1988) Por que vovó morreu?, Ática, São Paulo.

SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ATENDIMENTO AO ENLUTADO NO BRASIL

Apresentamos aqui, algumas sugestões de serviços de apoio ao enlutado, encontrados em diferentes regiões do país, com o único objetivo de informar a população sobre a existência de ajuda informal e especializada.

Solicitamos que outras instituições que não foram aqui registradas e divulgadas, entrem em contato conosco por e-mail: info@4estacoes.com.

GRUPOS DE AUTO AJUDA

RECIFE - PE

GAAPAC - Grupo de Apoio e Auto Ajuda para Pacientes de Câncer
Rua Benjamim Constant, 78 Torre / Recife
Tel.: (81) 3445-1931

SERGIPE - SE

AVOSOS - Associação dos Voluntários do Serviço da Oncologia em Sergipe
Rua Leonel Curvelo, 55 Bairro Suissa
Tel.: (79) 211-1663
e-mail: avosos@infonet.com.br
Responsável: Jeane Vieira Mealo

RIO DE JANEIRO - RJ

ADAMA - Associação dos Amigos da Mama (Sede Provisória)
Rua Visconde De Uruguai, 531/10º andar
Centro - Niterói /RJ
CEP: 24030-077
Tel.: (21) 2612-8060 / 2714-3135 / 2714-3292
Fax: (21) 2610-6642 / 2612-0397
e-mail: adama@adama.org.br

SÃO PAULO - SP

Instituto Day Care Center
Tel.: (11) 3032-5335

Dor de Mãe - site de apoio para mães enlutadas
www.dordemae.com.br

Associação Casulo
Tel.: (11) 3726-8167
e-mail: a.casulo@uol.com.br
<http://a.casulo.sites.uol.com.br>

TRÊS PONTAS - MG

Grupo Reconstruir - Apoio a Perdas Irreparáveis
Coordenação Marilda Leite Ferreira
Tel. (35) 3265-2228 (35) 3265-7613

GRUPOS TERAPÊUTICOS**BELO HORIZONTE - MG**

API - Apoio a perdas irreparáveis
Tel.: (31) 3282-5645
Glauciatavares@aol.com
Eduardo@terra.com.br

NATAL - RN

Grupo de Atenção e Cuidado ao Enlutado
Cemitério Parque Morada da Paz - Grupo Vila
Tel.: (84) 643-1601 - Psicóloga Millena Câmara
e-mail: claudiamillena@ig.com.br

Grupo de Pais - Amor Eterno
Tel.: (84) 217-0891 - Psicóloga Millena Câmara

PORTO ALEGRE - RS

ELO - Clínica de Psicologia
Av. Praia de Belas, 2174 conj 604 - Menino Deus
Tel.: (51) 3232-5232
e-mail: clinicaelo@terra.com.br

Grupo de Apoio a Pais Enlutados
Fundação Thiago de Moraes Gonzaga - Vida Urgente
Rua Botafogo, 918
Tel.: (51) 3231-0893

CAXIAS DO SUL - RS

LUSPE - Luto, Separação e Perdas
coordenação: psicólogas Ana Paula Reis e Relim Hahn
R. Marquês do Herval, 1425 - sala 401 - Centro - 95020-260
tel: (54) 3028-0015
luspe.clin@ig.com.br

RECIFE - PE

GAAPAC - Grupo de Apoio e Auto Ajuda para Pacientes de Câncer
Rua Benjamim Constant, 78 Torre / Recife
Tel.: (81) 3445-1931

SALVADOR - BA

Serviço de Psicologia do Hospital Aristides Maltez
 Av. Dom João VI, 336 - Brotas - Salvador - BA
 Tel.: (71) 357-6857
<http://www.aristidesmaltez.org.br>

SÃO PAULO - SP

LELu - Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto /
 PUC - SP
 Rua Monte Alegre, 961 - Perdizes
 Tel.: (11) 3670-8400 / 3670-8509

4 Estações - Instituto de Psicologia
 Rua Caçapava, 130 - Jardim Paulista
 Tel.: (11) 3891-2576 Fax: (11) 3891-0852
 e-mail: info@4estacoes.com
www.4estacoes.com

ATENDIMENTO PSICOTERÁPICO**BELO HORIZONTE - MG**

API - Apoio a perdas Irreparáveis
 Tel.: (31) 3282-5645
Glauciatavares@aol.com
Eduardo@terra.com.br

CAXIAS DO SUL - RS

LUSPE - Luto, Separação e Perdas
 coordenação: psicólogas Ana Paula Reis e Relim Hahn
 R. Marquês do Herval, 1425 - sala 401 - Centro - 95020-260
 tel: (54) 3028-0015
luspe.clin@ig.com.br

PORTO ALEGRE - RS

ELO - Clínica de Psicologia
 Av. Praia de Belas, 2174 conj 604 - Menino Deus
 Tel.: (51) 9169-3527
 e-mail: clinicaelo@terra.com.br

SALVADOR - BA

Serviço de Psicologia do Hospital Aristides Maltez
 Av. Dom João VI, 336 - Brotas - Salvador - BA
 Tel.: (71) 357-6857
<http://www.aristidesmaltez.org.br>

SÃO PAULO - SP

LELu - Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto /
 PUC - SP
 Rua Monte Alegre, 961 - Perdizes
 Tel.: (11) 3670-8400 / 3670-8509.

LEM - Laboratório de Estudos sobre a Morte /USP
 Tel.: (11) 3818-4185 ramal 31 ou 33

4 Estações - Instituto de Psicologia
 Rua Caçapava, 130 - Jardim Paulista
 Tel.: (11) 3891-2576 Fax: (11) 3891-0852
 e-mail: info@4estacoes.com
www.4estacoes.com

OUTROS SERVIÇOS**SÃO PAULO - SP**

IPE- Intervenções Psicológicas em Emergências
 Rua Caçapava, 130 Jardim Paulista - São Paulo
 Tel.: (11) 3891-2576 Fax: (11) 3891-0852

FORTALEZA

Rede Nacional de Tanatologia

R. José Vilar, 2810 - Dionísio Torres - Fortaleza,

tel. (85) 3265-1987

e-mail: contato@redenacionaldetanatologia.psc.br

<http://www.redenacionaldetanatologia.psc.br/>